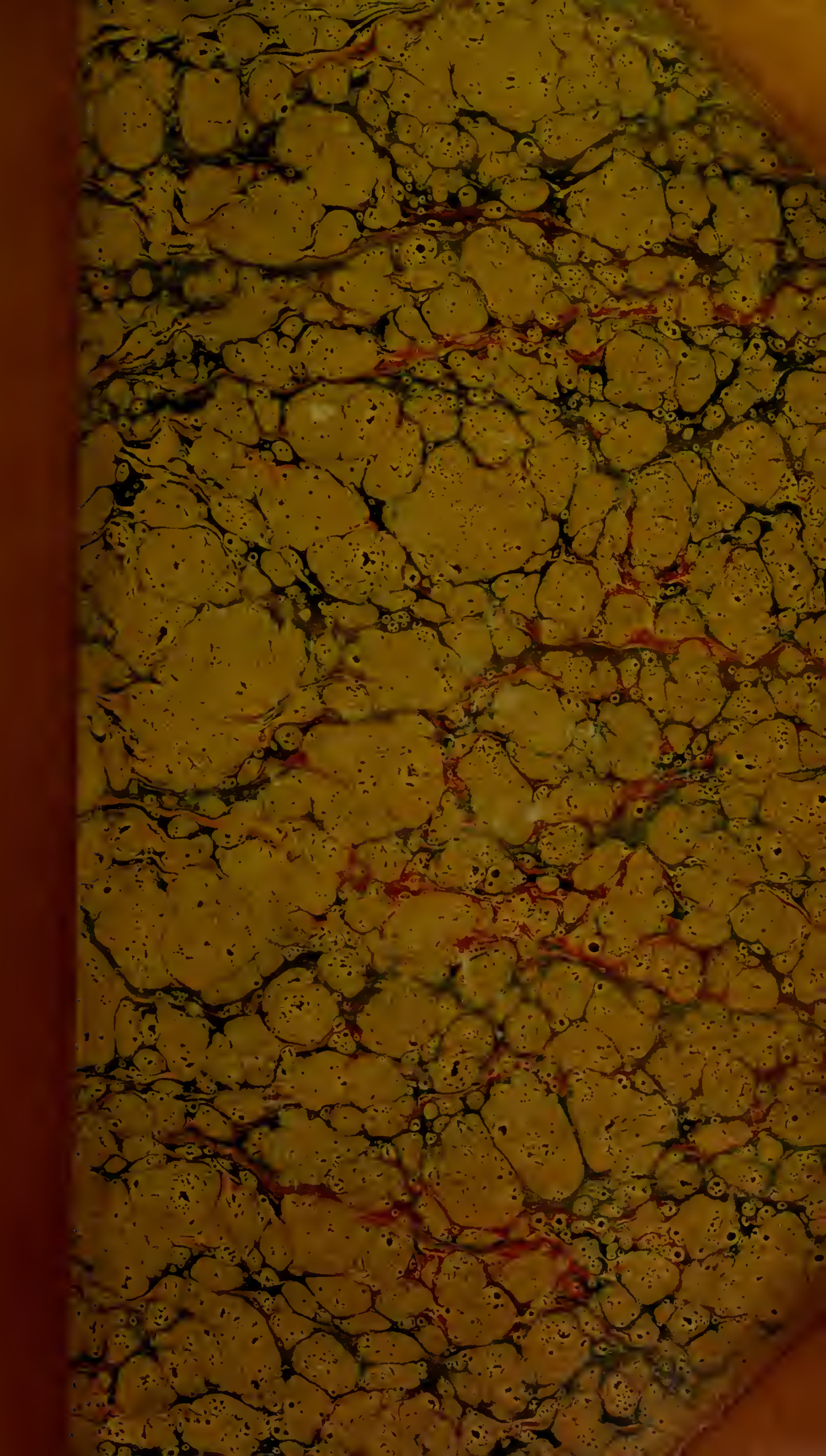


TRAITÉ PRATIQUE

SUR LES MALADIES

DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

OUVRAGES DE M. CIVIALE.

De la lithotritie ou broiement de la pierre dans la vessie ; in-8° avec planches. Paris, 1827.

Lettres sur le même sujet, N°s 1, 2, 3, 4 et 5 ; in-8° avec planche. Paris, 1827, 1828, 1831, 1833 et 1837.

Parallèle des divers moyens de traiter les calculeux ; in-8° avec planches. 1836.

Traité de l'affection calculeuse ; in-8° avec planches. Paris, 1838.

Du traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle ; in-8°. Paris, 1840.

Imprimé chez Paul Renouard, rue Garancière, 5.

TRAITÉ PRATIQUE

SUR

LES MALADIES

DES

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

PAR

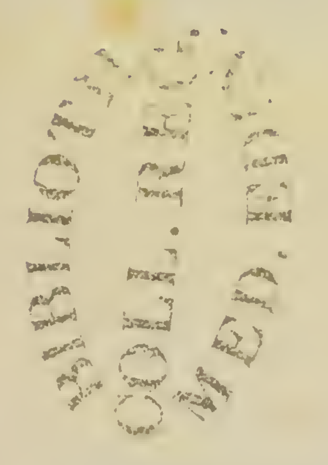
LE DOCTEUR CIVIALE.

—

TROISIÈME ET DERNIÈRE PARTIE :

MALADIES DU CORPS DE LA VESSIE.

—



PARIS.

LIBRAIRIE DE FORTIN, MASSON ET Cie,

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 1.

—

1842.

MALADIES

DU

CORPS DE LA VESSIE.

CHAPITRE Ier.

DES FONGUS DE LA VESSIE.

Rien n'est plus obscur que l'histoire des tumeurs fongueuses de la vessie. Quant à ce qui concerne leur nature, il est bien évident que, sous les noms de carnosités, caroncules, squirrhosités, tubercules, fongosités, etc., les auteurs ont indiqué des lésions fort diverses, et que les nosologistes ont cru ensuite pouvoir admettre ces lésions dans leurs cadres, souvent trop élastiques. Mais les indications sont si vagues, et les descriptions si peu précises, pour la plupart, qu'il y a très peu de lumières à obtenir des faits consignés dans les recueils d'observations. Ce qui en ressort de plus positif, c'est que fréquemment on a considéré comme fongosités ou polypes des tuméfactions partielles de la prostate et surtout de son lobe moyen. Morgagni, Chopart, Palletta, entr'autres, ont commis cette erreur.

Pour ce qui regarde la distinction en polypes et fongus, basée sur le plus ou moins de consistance de la masse faisant saillie dans la cavité vésicale, a-t-elle bien réellement

l'importance qu'on a paru et qu'on semble encore vouloir lui attribuer? Il est permis d'en douter, quand on se représente que les symptômes sont les mêmes, que les causes ne diffèrent probablement pas, et que le traitement, autant toutefois qu'il est permis d'en essayer un, est semblable en tous points. D'ailleurs, cette consistance varie et suivant le siège de la tumeur, et, dans une même tumeur, selon le développement qu'elle a acquis, les complications qui sont survenues, les dégénérescences qui se sont opérées. Enfin on ne parvient à l'apprécier que quand la maladie est devenue accessible à nos sens par une opération ou par l'autopsie, à moins que l'excroissance, implantée près de l'orifice interne de l'urètre, ne s'engage dans le canal, et ne vienne faire saillie à l'extérieur, disposition dont les auteurs rapportent plusieurs exemples, que j'ai moi-même observée chez une femme, mais qui doit être extrêmement rare, comme on le conçoit sans peine.

Ainsi, sans m'arrêter davantage sur ces divers points, je passe de suite à des considérations qui tiennent de plus près à la pratique, prévenant seulement, pour éviter toute confusion, que j'appelle fongus ou polypes, les tumeurs qui naissent de la membrane interne de la vessie, et dont la nature varie trop pour qu'on puisse rien établir de général à cet égard. J'ajouterai encore que les fongus du col et ceux du corps de la vessie ont été réunis dans ce chapitre, à cause des rapports qui existent entr'eux, et qui ne permettaient pas d'en scinder l'histoire.

ARTICLE 1er.

Description générale des fongus vésicaux.

Le plus communément, selon la remarque déjà faite par la plupart des auteurs, c'est au voisinage du col vésical que se développent les tumeurs fongueuses. J'en ai rencontré à

la partie antérieure du trigone, d'autres sur les côtés du col de la vessie, et un à sa partie supérieure. On a vu sur la saillie des lobes latéraux de la prostate des tumeurs qui étaient évidemment de nature fongueuse, et non dues à l'engorgement partiel de cette glande. Mais l'intérieur du corps de l'organe n'en est pas exempt non plus, et les faits qui se sont offerts dans ma pratique semblent même établir qu'elles y sont plus fréquentes qu'on ne l'avait pensé. J'en ai observé derrière le trigone, et surtout à la face postérieure du viscère, vers le bas-fond. On en a trouvé aussi au sommet et à la face antérieure de la vessie, ce dont j'ai rapporté un exemple remarquable, d'après M. Bedor, dans le Traité de l'affection calculeuse.

La première de toutes les distinctions à établir est relative au mode d'insertion de la tumeur, quelque siège qu'elle occupe. Nulle autre n'a plus d'importance, car c'est parce qu'on l'a négligée qu'on paraît avoir tant de fois confondu ensemble des maladies essentiellement différentes.

Un fongus qui commence repose d'ordinaire sur un pédicule. Il constitue une petite excroissance, dont l'extrémité libre a plus de largeur que la base, et qui ne semble adhérer qu'à la membrane interne de la vessie. Cette dernière remarque avait déjà été faite par les auteurs ; j'en ai reconnu la justesse, dans quelques cas où il m'a été permis d'examiner la production morbide à son début. Les tractions exercées alors sur elle ne soulèvent que la membrane muqueuse. Mais quand la tumeur a pris un certain degré d'accroissement, ses racines s'étendent, en se multipliant, aux tissus profondément situés, se confondent peu-à-peu avec eux, par une série de transformations successives, et produisent ainsi une masse consistante, dont l'étendue se trouve presque toujours proportionnée au volume de l'excroissance, quoique cette règle ne soit pas sans exceptions.

Ce mode d'insertion des fongus est un de leurs caractères

distinctifs. Il varie, du reste, au col et au corps de la vessie.

Le pédicule a quelquefois beaucoup de longueur, en même temps qu'il est fort grêle. Le cas le plus remarquable que je connaisse, sous ce double rapport, s'est présenté dans ma pratique en 1825 ; ma seconde Lettre sur la lithotritie en fait mention. Dans plusieurs autres que j'ai observés, le pédicule était étroit, mais moins long ; quelquefois même j'ai eu besoin d'un examen attentif pour constater que la tumeur était plus large à l'extrémité libre qu'au point adhérent. Chopart et Palletta citent aussi des exemples de ces pédicules grêles.

En considérant comme fongus toutes les tumeurs qui s'élèvent du col de la vessie, et dont plusieurs, je le répète, appartiennent aux lésions de la prostate, on avait été conduit à admettre que la plupart ont une base large. Ce qui avait surtout contribué à mettre cette opinion en crédit, c'est qu'en général on n'est appelé à faire l'examen des productions morbides que quand elles ont acquis un grand développement, qu'elles ont subi une série de dégénérescences, et que les tissus voisins ont participé plus ou moins aux désordres. Les faits, en se multipliant, et surtout l'étude des parties au début de la maladie, lorsque les sujets succombaient à d'autres lésions, ont prouvé que le plus grand nombre des fongus vésicaux sont pédiculés, et qu'ils reposent sur un pédicule d'autant plus grêle que la tumeur est plus petite. Cependant, il n'est pas absolument rare d'en rencontrer qui soient plus larges à leur base qu'à leur extrémité libre. C'est le cas de rappeler ce que j'ai dit, en décrivant le repli transversal de l'orifice interne de l'urètre, qu'il arrive parfois qu'on observe, surtout à l'angle antérieur du trigone, non pas des excroissances isolées, mais un boursouflement comme fongueux de la membrane muqueuse du col vésical.

Une autre particularité, qui mérite également d'être

notée, c'est que des excroissances fongueuses se développent quelquefois sur des tumeurs vésicales préexistantes, spécialement au col de la vessie. Les auteurs en citent plusieurs exemples, et la pratique m'en a offert deux fort curieux. Dans l'un, la fongosité était récente et facile à distinguer, tandis que, dans l'autre, les deux tumeurs se trouvaient confondues ensemble, et ne différaient que par la consistance beaucoup moindre du fongus. Ceci explique la différence de dureté que les auteurs signalent, et qu'on observe de loin en loin, entre la base et le sommet de la tumeur, bien qu'elle puisse souvent tenir à une dégénérescence que cette dernière a subie dans sa partie la plus saillante. C'est un point sur lequel je me suis expliqué en décrivant les engorgemens de la prostate, et en faisant connaître les transformations que les tumeurs de cette nature éprouvent dans leur mode de développement.

Au pourtour de l'orifice interne de l'urètre, et dans l'intérieur de la vessie, on voit quelquefois des granulations ou de très petites tumeurs pédiculées; mais presque toujours le pédicule est fort court. Lorsque avec le temps la tumeur croît, elle prend la forme d'un champignon, et son pédicule s'élargit. On trouve alors qu'elle adhère aux parois vésicales par une large surface, quoiqu'elle appartienne à la catégorie de celles qu'on nomme pédiculées. Ainsi, pour le corps de la vessie, quand le fongus a acquis un certain volume, il est fixé à la surface interne du viscère par une base assez étendue, et au lieu de ne tenir qu'à la membrane muqueuse, comme dans le cas de pédicule mince, il enfonce profondément ses racines dans les parois de l'organe. Ces dispositions sont fort importantes à connaître, car il en découle des indications curatives spéciales.

Entre autres cas qui se sont offerts à moi, je citerai le suivant. Un homme âgé de quarante-neuf ans, d'une constitution affaiblie, souffrait depuis long-temps du côté des voies

urinaires. On employa divers moyens, qui échouèrent tous. On crut alors à l'existence d'une pierre, et le malade se fit admettre à l'hôpital Necker. Il était plongé dans un tel état d'hébétude, qu'on ne put tirer de lui aucun renseignement, ni sur ce qu'il éprouvait, ni sur ce qui avait été tenté. On fut obligé de se borner aux symptômes actuels : faiblesse générale, perte complète de l'appétit, somnolence continuelle, insouciance extrême, quelques douleurs pour uriner, urines mêlées de sang et de mucosités, parfois émission de sang pur, grande sensibilité de l'urètre. Bientôt la fièvre augmenta, des vomissemens survinrent, et le malade mourut. On trouva, au côté gauche de la vessie, une excroissance ayant la forme d'un champignon. Cette tumeur se bornait, en avant, à l'orifice de l'urètre, où elle formait un rebord de huit lignes d'épaisseur, contre lequel avaient dû butter les sondes, car elles y avaient commencé deux fausses routes, l'une à droite, l'autre à gauche, immédiatement à la fin de la crête urétrale, qui ne présentait pas d'altérations notables. Le fongus était déjeté à gauche ; il couvrait l'orifice interne de l'urètre, ainsi que la plus grande partie du trigone vésical, et s'étendait vers le bas-fond de la vessie. A droite, une partie du trigone se montrait à découvert ; la saillie de la tumeur était d'environ trois lignes dans le reste de la circonférence, où la dégénération était assez avancée : au centre, la saillie présentait moins de volume, et la membrane muqueuse y conservait encore une apparence normale : le tissu y était aussi plus serré et plus consistant ; au pourtour, se voyaient des franges, des mamelons, de couleur brune grisâtre, et le tissu, très mou, se laissait déchirer avec facilité. A gauche de l'orifice de l'urètre existait une éminence, qui longeait la tumeur dans l'étendue de dix-huit lignes. Ce fongus s'implantait sur une large surface du col et du corps de la vessie, par un gros pédicule, ou plutôt par un faisceau de pédicules, qui s'étaient soudés ensemble, et dont les racines péné-

traient fort avant dans l'épaisseur des parois vésicales. Vers le sommet de la vessie, et à sa face postérieure, il y avait deux autres excroissances fongueuses, de même nature, mais peu développées encore, et dont le tissu cédait facilement à la traction.

Les divers modes d'insertion des fongus vésicaux présentent des variations infinies, dont la simple récapitulation n'offrirait aucun intérêt, et que j'aurai soin de faire ressortir en parlant de chaque cas spécial. De même, pour exposer avec une précision rigoureuse les caractères physiques de ces tumeurs, il faudrait entrer dans beaucoup de détails, qui m'entraîneraient trop loin. Je me bornerai donc à quelques remarques sur chacun d'eux.

La forme des fongus varie beaucoup, et d'abord suivant qu'ils sont ou non pédiculés. Dans le premier cas, nous voyons, au début, une petite tumeur ou vésicule lisse, molle, plus ou moins arrondie, quelquefois inégale, rugueuse, frangée, ayant plus particulièrement son siège au pourtour de l'orifice interne de l'urètre, auquel elle tient par un pédicule plus ou moins long et presque toujours grêle. C'est ce qui avait lieu chez l'un des malades dont j'ai parlé plus haut; la tumeur, du volume d'une noisette, dure, lisse et arrondie, tenait à la face antérieure du col vésical par un mince pédicule, long d'un demi-pouce. Ici la maladie était déjà ancienne, et d'ailleurs compliquée de pierre; la tumeur était dure et résistante, mais sans nulle trace de dégénérescence; son tissu, serré et inextricable, avait de l'analogie avec celui de la prostate; la rénitence paraissait dépendre de la pression que l'enveloppe exerçait sur lui, car il s'épanouit dès qu'on eut divisé la capsule. Il y a d'autres cas où ces tumeurs pédiculées de la vessie ressemblent aux petites excroissances graisseuses qu'on remarque sur les tégumens de certaines personnes chargées d'embonpoint. Quelquefois, elles sont rugueuses, tuberculeuses, moriformes. J'en ai

vu qui étaient aplaties, à-peu-près triangulaires, et d'autres qui ressemblaient à de petites crêtes de coq. Le pédicule, comme je l'ai déjà dit, peut être assez long pour permettre à la tumeur de s'engager dans l'urètre, et même alors de pouvoir être refoulée facilement dans la vessie, ce qui avait lieu chez un sujet dont il a été parlé à la Société de médecine pratique le 6 juin 1839.

Lorsque les fongus siègent dans l'intérieur du viscère, leur forme varie bien plus. Je n'en ai jamais rencontré qui fussent régulièrement arrondis, comme on en voit au col vésical. Ce sont quelquefois de véritables touffes fibreuses ou filamenteuses, flottantes dans la vessie. De longs détails sur les bizarreries de configuration qu'ils peuvent présenter seraient superflus ici. Je dois seulement dire qu'au début leur forme paraît différer beaucoup de ce qu'elle devient plus tard, si j'en juge du moins d'après le petit nombre de sujets qu'il m'a été donné d'observer. Dans un cas, la surface interne du viscère offrait une série de petites excroissances ressemblant à des verrues ou à des tubercules. Dans un autre, dont j'ai donné le dessin dans le volume précédent (pl. II, fig. 2), il y avait un amas de fongus filamenteux. Dans un troisième, on eût pensé avoir sous les yeux une dartre pustuleuse.

Quand la base de la tumeur est large, sa forme varie bien plus encore. Au col vésical, nous voyons, dans l'origine, tantôt une excroissance en forme de verrue, inégale, bosselée, tuberculeuse, tantôt une masse évasée, lisse, ovoïde, arrondie, conoïde, et en général peu dure. Mais lorsque le fongus a acquis de fortes dimensions, il est susceptible de revêtir les formes les plus bizarres. J'en ai vu qui représentaient des cônes d'une régularité parfaite, sans nul point qui fît plus de saillie que l'autre. D'autres étaient irréguliers, bosselés, rameux, tuberculeux, ou semblables à des champignons.

Le volume des fongus vésicaux ne varie pas moins que leur forme. Il est presque toujours en raison inverse du nombre des tumeurs, et généralement proportionné à l'ancienneté et surtout au siège de la maladie.

La plupart des excroissances de ce genre qui surviennent au col de la vessie sont peu volumineuses. Ainsi, pour me borner à un seul exemple emprunté aux auteurs, Morgagni en cite qui ressemblaient à un grain de raisin, à une cerise, à une fève. Celles que j'ai observées n'étaient pas fort grosses non plus : leurs dimensions n'excédaient pas celles d'un pois, d'une noisette, d'une petite noix. Cette circonstance mérite d'être notée, à cause de son importance sous le point de vue du diagnostic et du traitement. Il y a néanmoins des exceptions. Zacutus dit avoir trouvé au col de la vessie une masse de chair squirrheuse, du volume d'un œuf d'oie. Une femme morte à l'Hôtel-Dieu a offert une tumeur pédiculée dont la grosseur égalait celle d'un œuf de dinde.

Les fongus du corps vésical présentent plus de variétés sous ce rapport. Chez quelques sujets morts de maladies étrangères à l'appareil urinaire, j'ai trouvé la surface interne de la vessie parsemée de granulations polypeuses extrêmement petites. Dans d'autres cas, où les désordres des organes urinaires avaient amené la mort, ces productions morbides étaient développées en tous sens, et formaient, dans l'intérieur du viscère, des saillies considérables, dont la configuration et la consistance ne différaient pas moins que le volume. J'en ai vu qui occupaient la moitié d'une vessie de capacité ordinaire. Swertner, Baillie et Lobstein en ont rencontré qui remplissaient presque entièrement l'organe. Slotanus en cite une qui l'obstruait au point de laisser à peine un passage libre à l'urine depuis les uretères jusqu'à l'urètre, et, dans ce cas, le malade avait offert, pendant la vie, tous les symptômes de la pierre. Chopart en a trouvé du volume d'une grosse pomme. Fabrice de Hilden

parle d'un fongus pesant deux onces et de la grosseur d'un œuf de poule.

Au reste, la plupart de ces tumeurs volumineuses, soit au col, soit au corps de la vessie, non-seulement n'étaient pas identiques de nature, mais encore avaient déjà subi des dégénérescences dont il faut tenir compte. Les fongus véritables, et à l'état simple, atteignent rarement de pareilles dimensions.

Je dirai peu de chose du nombre des fongus vésicaux, qui ne présentent rien de constant. Au début de la maladie, et surtout quand elle a son siège dans le voisinage du col de la vessie, on ne trouve généralement qu'une seule tumeur; mais il ne tarde pas à en pulluler d'autres. J'en ai rencontré deux, de volume à-peu-près égal, qui étaient implantées sur les lobes latéraux de la prostate, chez un calculeux dont j'ai publié l'histoire dans la *Gazette médicale*. M. Crosse a vu, sur les côtés du col vésical, au niveau de l'insertion des uretères, deux masses polypeuses considérables, celle surtout du côté gauche, au devant desquelles il y en avait une série d'autres petites, groupées au pourtour de l'orifice de l'urètre. Dans l'intérieur de la vessie, les fongus sont parfois en nombre si considérable qu'ils recouvrent presque entièrement la membrane muqueuse, comme l'ont observé Richter et Desault. En grossissant, ils s'accollent parfois les uns aux autres, et forment des plaques plus ou moins étendues, ou bien ils se réunissent en des espèces de champignons.

Celles de ces tumeurs qui sont petites, arrondies, pédiculées, et situées près du col, ont peu de dureté : elles n'acquièrent de la consistance qu'en vieillissant. Celles qui prennent la forme de champignons demeurent généralement molles, surtout à leur extrémité libre, qui est frangée et souvent terminée par des filamens flottans. Quelquefois la surface en est mamelonnée, et chaque mamelon se trouve uni à son voisin par une membrane commune; mais, en gé-

néral, la masse entière est peu consistante. Dans le corps de l'organe, les fongus sont mous et filamenteux : ils se rompent et se déchirent avec la plus grande facilité, et leur défaut de consistance est tel qu'on a de la peine à les distinguer quand ils ont été saisis par un instrument lithotriteur, ce qui contribue beaucoup à accroître encore l'incertitude du diagnostic.

ARTICLE II.

Des causes des fongus de la vessie.

On a dit que les fongus vésicaux étaient plus rares chez la femme que chez l'homme. C'est un fait hors de contestation, et bien établi par l'observation journalière. Sous ce rapport, la nature ne s'écarte pas de sa marche habituelle, car les excroissances fongueuses du col et du corps de la vessie sont la conséquence d'états morbides de l'appareil urinaire qu'on sait être moins fréquens chez la femme que chez l'homme.

La même raison fait aussi qu'on rencontre assez rarement ces sortes d'excroissances chez les enfans, qui, généralement parlant, souffrent moins de la vessie que les personnes avancées en âge, ou du moins chez lesquels les désordres qu'on observe dans les organes urinaires sont rarement la conséquence du travail inflammatoire, plus ou moins lent, qui paraît être la principale cause des fongus. Morgagni dit n'avoir jamais rencontré ces derniers chez les enfans ; Deschamps en cite un chez un calculeux de douze ans ; Baillie indique un enfant dont la vessie était remplie par un polype qui envoyait un prolongement dans l'urètre ; Walter a également rapporté le cas d'une jeune fille qui avait un polype vésical assez développé pour faire saillie à l'orifice externe de l'urètre.

Les tumeurs fongueuses sont très communes chez les calculeux, et le point de la vessie qui a le plus à souffrir de la présence du corps étranger est précisément celui où elles

siègent ordinairement. On en rencontre aussi chez les hommes qui ont conservé pendant long-temps des irritations ou des phlegmasies chroniques de la vessie; mais on en trouve également chez d'autres qui n'ont eu ni pierre ni catarrhe vésical. C'est ce qui m'est arrivé plusieurs fois, et la seule particularité que m'ait offerte alors la vessie consistait en une décoloration ou pâleur extrême de sa surface interne. A la vérité, je n'avais observé les sujets que fort peu de temps, et les antécédens de plusieurs m'étaient même absolument inconnus. Ces faits sont donc incomplets, et dans tous les cas insuffisans pour détruire la règle générale, suivant laquelle les productions fongueuses de la membrane interne de la vessie résultent d'une irritation ou d'une phlegmasie prolongée des parois vésicales.

Nous avons vu, en traitant des états névralgiques du col vésical, que l'opiniâtreté de la maladie tenait souvent à la présence d'un ou plusieurs fongus, assez peu développés pour qu'on ne les reconnût pas d'abord, mais de l'existence desquels on s'assurait plus tard, lorsque le traitement ordinaire des névralgies échouait. Ces cas se sont offerts en grand nombre dans ma pratique; j'ai fait connaître quelques-uns des plus intéressans. Une question reste indécise à leur égard, celle de savoir si les excroissances étaient la conséquence de l'état morbide, ou si elles l'avaient précédé. La théorie répugne à admettre cette dernière hypothèse, qui pourrait cependant bien être fondée quelquefois. Quoi qu'il en soit, l'autre est beaucoup plus probable, et l'histoire de l'affection calculeuse fournit une longue série de faits qui viennent l'appuyer. Plus d'une fois, en effet, on a enlevé la pierre en laissant la tumeur fongueuse, qui dès-lors est demeurée stationnaire, si même elle n'a diminué de volume, ce qui paraît démontrer qu'elle s'était développée sous l'influence de l'irritation déterminée par le corps étranger.

ARTICLE III.

Des moyens de reconnaître les fongus de la vessie.

On ignore, dit Chopart, copié par tous ceux qui ont écrit après lui, à quels signes pourrait être reconnue la présence des fongus de la vessie. Les accidens que ces végétations déterminent n'ont rien de spécial ; ce sont tantôt ceux de la pierre, tantôt ceux du catarrhe vésical, de l'hématurie, de la strangurie, etc. Ici, comme dans la plupart des maladies de l'appareil urinaire, les symptômes se rattachent plus ou moins directement à la difficulté d'uriner, au trouble de l'excrétion de l'urine ; mais ils présentent d'innombrables différences, et sont subordonnés, d'abord au degré de puissance des contractions vésicales, puis à la situation, au volume et à la nature de la tumeur, aux complications qui peuvent exister, au développement de la phlegmasie. En un mot, les inductions tirées des troubles fonctionnels de la vessie, des sensations du malade et de l'inspection du liquide urinaire, ne suffisent pas pour admettre ces fongus plutôt qu'une autre lésion organique, ou toute autre cause possible des désordres qu'on observe. Ainsi, ce qu'on a dit de la difficulté, de l'impossibilité d'établir le diagnostic d'après les symptômes, n'est point exagéré. Il y a même des cas où rien, pendant la vie, n'aurait pu faire soupçonner une tumeur fongueuse, qui néanmoins avait un grand volume. J'en ai vu deux exemples remarquables dans le service des calculeux ; personne n'avait eu la moindre idée du mal qui existait ; les accidens avaient résisté à tous les moyens mis en usage ; on avait fini par croire à la présence d'une pierre, et les malades s'étaient décidés en conséquence à entrer dans mon service.

Chez l'un de ces malades, dont j'ai déjà parlé, il y avait une hématurie, qui fit présumer une altération profonde de l'appareil urinaire qu'on ne parvint pas à préciser. Chez l'au-

tre, dont je rapporterai l'histoire plus loin, le symptôme dominant, quant à la vessie, était une incontinence d'urine. Dans le premier de ces deux cas, les désordres de la santé générale étaient si avancés, lorsque le malade fut admis, qu'il y eut impossibilité de pratiquer les explorations nécessaires pour établir le diagnostic. Dans le second, il n'existait même aucun symptôme propre à mettre sur la voie; le malade mourut d'anéantissement, et il ne put prendre aucune nourriture pendant le court séjour qu'il fit à l'hôpital.

C'est principalement chez les calculeux que j'ai été conduit à découvrir les excroissances fongueuses, ou autres, qui surgissent de la face interne de la vessie. On s'en rendra raison sans peine si l'on se rappelle que ces tumeurs ont pour effet de gêner les mouvemens des appareils lithotriteurs. D'ailleurs, le mécanisme des instrumens et les dispositions que présente la vessie au moment des recherches devaient contribuer à me faire connaître ces lésions.

I. *Appréciation des symptômes.*

Il est, dans l'étude des symptômes, une question qui se présente en premier lieu, et qu'il importe d'autant plus de résoudre préalablement, qu'on est presque certain, en la laissant de côté, de tomber dans l'erreur. Je veux dire la distinction entre les fongus simples, sans autre état morbide, et ceux qui sont compliqués de maladies différentes. A la vérité, cette distinction présente de grandes difficultés; on ne parvient souvent à l'établir qu'à l'aide d'explorations répétées et minutieuses; elle est même impossible dans certains cas. Mais la méthode généralement suivie d'envisager la maladie en bloc fait tomber le praticien dans des méprises capables de paralyser le zèle le plus intrépide. On ne saurait donc trop encourager les efforts qui tendent à élucider cette grave question.

Si l'on écarte tout ce qui ne se rattache point d'une ma-

nière directe à la maladie, on s'aperçoit bientôt qu'à leur début, les excroissances fongueuses n'ont pas de signes propres. Le malade ne ressent rien, ou à-peu-près ; les troubles fonctionnels de la vessie ne sont ni constans, ni très marqués ; ils varient d'ailleurs beaucoup. A une époque plus avancée, il y a des symptômes plus prononcés, mais qui n'ont rien de spécial. Ainsi la difficulté d'uriner, l'interruption du jet de l'urine, la douleur au col de la vessie, le catarrhe vésical, les écoulemens sanguins ou puriformes, se retrouvent dans la plupart des maladies du viscère. Quant aux effets des fongus qui ont acquis un grand développement ou subi certaines dégénérescences, il est encore plus difficile de les apprécier d'une manière rigoureuse, car presque toujours alors il y a complication, soit de catarrhe, soit de lésions des parois vésicales, et toutes ces affections s'influencent réciproquement à tel point qu'on ne peut plus s'y reconnaître. Il faut donc de toute nécessité recourir à des moyens de simplifier la question. La méthode de défalcation, dont tant de fois déjà j'ai parlé, s'applique ici plus que partout ailleurs. Elle seule, aidée des explorations, peut conduire à la connaissance de la véritable cause des accidens.

Ainsi, on doit d'abord chercher à se rendre compte des effets que peut produire une tumeur au col vésical. Il saute aux yeux que l'excrétion de l'urine sera gênée et plus ou moins empêchée, tant par l'obstacle mécanique qui est dû au fongus, que par l'exaltation de la sensibilité du col vésical. Il arrivera même quelquefois que l'excroissance, étant pédiculée et siégeant près du col, recevra, des contractions de l'organe, une impulsion qui l'engagera dans l'urètre, en sorte que le cours de l'urine sera totalement interrompu, ce dont Ludwig a réuni plusieurs exemples. Erhart a vu résulter de là une rétention d'urine qui se termina par la mort. Dans un cas cité par Bartholin, deux tubercules squirrheux, qui rendaient la sortie du liquide très difficile, s'éloignaient

dès qu'on introduisait une sonde, et semblaient fuir devant elle, mais se rapprochaient de l'orifice urétral et le bouchaient dès qu'on retirait l'instrument. J'ai rapporté deux cas remarquables dans lesquels le même effet résultait de petits fongus pédiculés, les uns sphéroïdaux, les autres aplatis, qui obstruaient l'ouverture de la vessie. Ces cas peuvent être confondus avec plusieurs autres dont j'ai parlé, et dans lesquels il se forme, derrière l'orifice interne de l'urètre, une espèce de cloison triangulaire qui s'applique contre lui et l'obstrue. Dans l'une de ces circonstances, l'occlusion était si complète qu'on ne distinguait pas l'orifice, à moins d'abaisser la soupape, ce qui permettait de reconnaître qu'il était assez large pour admettre le bout du petit doigt. Chez deux autres sujets, la tumeur fongueuse envoyait des prolongemens membraniformes qui s'engageaient dans l'orifice urétral, sans toutefois l'obstruer; mais on comprend que la présence de ces expansions devait causer un agacement et des douleurs dont il n'y avait aucun moyen de se rendre raison pendant la vie, et que l'autopsie seule permit d'expliquer.

L'incontinence d'urine pourrait également être le résultat d'un fongus vésical, comme le pense Sœmmerring, si le liquide filtrait entre la tumeur et les parois du col de l'organe. Mais nous verrons plus loin qu'en général elle s'opère par un tout autre mécanisme.

Ne perdons pas de vue, d'ailleurs, qu'il s'agit ici d'un effet particulier des fongus pédiculés. Ceux qui ont une base large ne produisent pas la rétention d'urine, à moins qu'ils n'aient acquis beaucoup de volume. Alors la sonde peut éprouver de grandes difficultés pour pénétrer dans la vessie, tandis qu'elle y parvient aisément dans l'autre cas; où s'il existe des difficultés, elles diffèrent notablement; la sonde n'est pas déjetée; elle est arrêtée tout-à-coup, et il suffit d'une légère pression pour repousser l'obstacle.

Dans les cas de fongus à base large, volumineux, et situés près du col vésical, les difficultés d'uriner sont extrêmement vagues, et par cela même peuvent être rapportées à d'autres causes. Zacutus nous dit qu'une fois elles furent attribuées à la présence d'un calcul, mais qu'après la mort on trouva une masse de chair si dure qu'on eut de la peine à l'inciser. La méprise a même été poussée quelquefois jusqu'au point de déterminer à pratiquer la cystotomie. Houstet parle d'un nègre de quinze ans qui fut taillé, en 1739, par Middleton. On croyait avoir senti une pierre avec la sonde, mais les tenettes ne la rencontrèrent pas. Le malade mourut après avoir subi inutilement deux procédés de la taille périnéale. A l'autopsie, on trouva, vers la partie interne et postérieure latérale du fond de la vessie, un kyste osseux, gros comme une châtaigne, qui formait un corps rond et dur, dont on entendait le bruit lorsqu'on frappait dessus avec la sonde. Deschamps, Desault, Portal, M. Crosse ont cité des faits pareils, pour lesquels je renvoie à mon *Traité de l'affection calculeuse*. Il paraît difficile, en théorie, de comprendre une telle méprise, dans un cas surtout où l'âge du sujet, la nature et la position de la tumeur semblaient devoir permettre d'établir un diagnostic rigoureux; mais quand on connaît toutes les difficultés de la pratique, on n'éprouve plus la même surprise. Une femme se présente à l'Hôtel-Dieu, en 1828, avec les symptômes de la pierre et un prolapsus de la matrice, tel que l'organe sortait en entier du vagin pendant la station. Dupuytren sonde cette malade, et ne reconnaît rien de particulier dans la vessie. Cependant elle meurt d'une cystite : on découvre alors une tumeur pédiculée, du volume d'un gros œuf de dinde, et entièrement ossifiée. Si un praticien, doué d'un tact si délicat, a pu se tromper ainsi, à quelles erreurs ne sont pas exposés ceux qui n'ont pas la même expérience, et en faut-il davantage pour démontrer la nécessité d'explorations minutieuses? M. Warren a été

plus heureux dans un cas analogue ; d'anciennes et fréquentes difficultés d'uriner, avec hémorrhagies opiniâtres, lui ayant fait soupçonner l'existence d'un fongus vésical, le toucher par le vagin et le cathétérisme lui fournirent des données assez précises pour qu'il crût pouvoir déterminer le volume de la tumeur et lui assigner un pouce et demi environ de diamètre.

Je n'insisterai pas davantage sur l'exactitude du diagnostic des fongus vésicaux. Les symptômes n'ont ici qu'une valeur très restreinte ; ils ne servent pas à faire connaître la nature du mal, mais à éveiller les soupçons du praticien, qui se détermine alors à recourir aux explorations, seul moyen de s'éclairer sur la vraie cause des désordres.

Les différences que j'ai signalées eu égard à la forme, au volume, à la consistance, au nombre, à la situation et au mode d'insertion des fongus, rendent raison, jusqu'à un certain point, de la variabilité des symptômes qu'on observe chez les personnes atteintes de ce genre de lésion. Mais il est d'autres circonstances propres à différencier les symptômes des tumeurs fongueuses, sous le point de vue de l'excrétion de l'urine. Celles-là sont relatives au degré de contractilité morbide que le col vésical peut acquérir sous l'influence de cette altération organique et à la puissance de contraction que possède la vessie. Nous avons vu, en traitant des névralgies et des spasmes du col vésical, et nous verrons encore lorsqu'il s'agira de l'atonie du viscère, que les troubles dans l'excrétion de l'urine, qu'on attribue trop généralement à des causes spéciales, sont produits par ces deux ordres de causes, et qu'ils varient à l'infini. En effet, si la vessie possède un grand pouvoir d'expulsion, et que la contractilité du col soit peu active, l'urine pourra être expulsée, même avec une certaine force, malgré la présence d'une tumeur fongueuse au col du viscère, tandis que l'expulsion en sera faible et incomplète, toutes choses égales

d'ailleurs, si le col est très irritable, fortement contractile, et qu'en même temps il existe un certain degré d'atonie du corps de la vessie. Il n'est donc pas surprenant qu'on observe les plus grandes différences à cet égard.

Les troubles fonctionnels de la vessie ne sont pas les seules circonstances auxquelles on doive avoir égard. Il faut encore prendre en considération les sensations du malade, qui ne sont pas absolument sans portée, quelques vagues qu'elles puissent être. La sortie de portions du fongus avec l'urine est souvent un trait de lumière. Les hématuries fréquentes et opiniâtres, les écoulemens sanguins abondans que détermine l'introduction de la sonde, ne sont pas non plus à dédaigner. De même les douleurs au col vésical que le malade éprouve, soit par l'effet de la marche, soit en finissant d'uriner, peuvent aussi contribuer à fortifier les soupçons, bien qu'on les observe dans d'autres affections de cette partie, notamment la pierre et les maladies de la prostate.

Quant à la sensibilité spéciale des fongus mêmes, l'expérience prouve qu'en général elle est très faible. C'est un point sur lequel la chirurgie moderne a jeté quelque jour. En n'étudiant ces tumeurs, comme on le faisait jadis qu'à la dernière période de leur existence et au moment où elles commencent à dégénérer, on avait été conduit à les croire plus sensibles et plus vivaces qu'elles ne le sont réellement. Déjà cependant on s'était aperçu, dans quelques opérations de taille, que les tenettes peuvent les froisser, les heurter, les meurtrir, sans qu'il en résulte de suites graves. Le fait est devenu plus évident depuis la découverte de la lithotritie. M. Leroy, qui n'a jamais craint de soumettre les calculeux aux expérimentations les plus hasardées, nous apprend qu'il lui est arrivé plus d'une fois de « lacérer des végétations de « la muqueuse lorsque leur *union intime* avec les calculs « lui en faisait une nécessité. » Mais il se trompe en donnant à penser que cette *union intime* peut exposer à déchirer les

fongus. Si on la rencontre quelquefois, elle est fort rare, et plus rarement encore la lithotritie est-elle applicable en pareil cas. Ainsi le motif que M. Leroy met en avant pour justifier les manœuvres qui lui ont fait lacérer des fongosités, n'a pas plus de fondement que ceux auxquels des cystotomistes maladroits ont eu recours pour expliquer quelques malheurs de la taille. On sait aujourd'hui ce que valent ces sortes d'allégations. Rien n'est plus facile que d'éviter de léser les végétations vésicales dans l'application de la lithotritie. Avec de l'habitude et des précautions, on pare à cet accident. Il m'est arrivé quelquefois de saisir un fongus au lieu de la pierre, ou en même temps qu'elle; mais, en fermant le lithoclaste ou le trilabe, je distinguais très nettement s'il s'agissait d'un corps inerte ou d'un produit organisé. On a d'ailleurs, pour s'éclairer, les sensations du malade; car, malgré le peu de sensibilité dont jouissent les excroissances, il n'en est pas moins vrai que, dans le cas de méprise, le chirurgien, avant de serrer assez pour produire une désorganisation, serait averti par une sensation insolite que le malade témoignerait.

La réunion sur un même sujet de tous les symptômes indiqués par les auteurs ne suffirait pas pour faire diagnostiquer un fongus vésical, même simple. Il n'y a que la sortie par l'urètre d'une portion de l'excroissance qui puisse être considérée comme exception. Mais ces sortes d'expulsions sont extrêmement rares, et d'ailleurs rien n'est plus facile que de prendre pour un lambeau de fongus des amas de mucosités concrètes, semblables à ceux dont j'ai parlé dans le *Traité de l'affection calculeuse*. Des caillots de sang qui auraient séjourné quelque temps dans la vessie pourraient également induire en erreur. Spon parle d'un malade qui rendit, avec de l'urine sanguinolente, un corps d'un pied de long, qu'on prit d'abord pour un ver, mais qu'ensuite, dit l'auteur, on reconnut être un polype du rein. Il ne s'agissait là, très

probablement, que d'un caillot de sang semblable à ceux qu'on rencontre de temps en temps. Je serais tenté d'en dire autant d'un prétendu cas de fongus vésical, dont M. Nicod a entretenu l'Académie de médecine en 1832; le malade était un homme de soixante-et-quatre ans, qui prit des bains froids pour se guérir d'hémorrhoïdes dont il était fort incommodé. Quelques années après, cet homme fut atteint d'une hématurie que l'exercice, celui surtout de la voiture, renouvelait sans cesse. M. Nicod reconnut que chaque fois qu'il le sondait, l'instrument évacuait ou ramenait dans ses yeux des *fragmens de fibrine*, qu'il considéra comme les débris d'une tumeur fongueuse, dont, ajoute-t-il, il avait constaté l'existence par le toucher, et dont le volume lui paraissait égaler celui du poing. Ce n'est assurément pas sur des données si vagues qu'on se permettrait aujourd'hui d'admettre la présence d'un fongus vésical.

Tous les cas dont j'ai parlé jusqu'ici étaient simples. Il y en a certains dans lesquels le fongus se trouve compliqué d'une autre maladie de la vessie ou de la prostate, même des reins ou des uretères. Les signes rationnels ont alors moins de valeur encore.

La plus commune de toutes les complications est celle avec la pierre. Les mêmes symptômes peuvent se rattacher à l'une ou à l'autre de ces maladies considérées isolément, tout aussi bien qu'à leur réunion chez un même individu. Aussi, comme je l'ai dit, a-t-on plus d'une fois pris les fongus pour des calculs vésicaux. La plupart des auteurs rapportent de ces cas compliqués, dans lesquels les plus graves méprises ont été commises par des hommes expérimentés. Il s'en est présenté beaucoup dans ma pratique; mais je ne citerai ici que les deux suivans, qui ont été vus presque en même temps dans le service des calculeux, et qui se rapportent l'un à un fongus, l'autre à une tumeur prostatique.

Un malade, âgé de soixante-onze ans, qui avait beaucoup

souffert du côté des voies urinaires, et employé sans succès les divers moyens en usage contre ces douleurs, se fit admettre à l'hôpital Necker, en 1839, pour y subir la lithotritie. Je reconnus la pierre; je m'assurai aussi qu'au col de la vessie existait une tumeur, qui me parut résulter d'un engorgement prostatique. Cette complication m'empêcha de juger du volume de la pierre, et, pour ne pas fatiguer le malade, je renvoyai les recherches à un autre jour. Des accidens cérébraux survinrent bientôt, et la mort eut lieu d'une manière subite. Entr'autres lésions, on découvrit, à l'angle antérieur du trigone vésical, une tumeur de forme pyramidale, triangulaire et à base large; deux des angles correspondaient aux lobes latéraux de la prostate, et le troisième, beaucoup plus long et plus saillant, se dirigeait en arrière, où il constituait une sorte de crête. Cette tumeur, qu'on eût pu considérer comme un fongus, n'était réellement qu'un gonflement partiel et irrégulier du corps de la prostate. Mais elle aurait suffi pour gêner les mouvemens du trilabe et du lithoclaste, et jeter beaucoup d'incertitude sur le diagnostic. Ce qu'il y avait de plus remarquable, c'est que, malgré la tumeur du col vésical, la présence d'une pierre dont le volume égalait celui d'un marron, et les souffrances atroces ressenties depuis long-temps du côté de la vessie, celle-ci ne présentait pas la moindre trace de phlegmasie. Sa surface interne était même moins colorée qu'elle n'a coutume de l'être dans l'état normal. Ainsi rien n'est plus facile que de confondre les tumeurs fongueuses ou autres du col vésical avec les engorgemens de la prostate, et le contraire peut aussi avoir lieu sans que le praticien possède le moyen de s'en assurer pendant la vie.

L'autre cas n'était pas moins grave. Un ancien marin, âgé de soixante-dix-huit ans, et d'une constitution affaiblie, se plaignait depuis nombre d'années de difficultés d'uriner, de douleurs à la région périnéale, d'hématuries, etc. Au

Havre, où il avait été sondé, on soupçonna l'existence d'un calcul, et le malade me fut adressé. Lorsqu'il se présenta à l'hôpital, son état offrait tant de gravité qu'on ne pouvait songer à aucune opération. L'urètre et le col vésical étaient tellement sensibles que je ne crus même pas devoir explorer la vessie. Tous les moyens propres à calmer l'irritation et les douleurs furent inutiles; la mort arriva au bout de quelques jours. L'autopsie constata les désordres suivans. Il y avait atrophie de l'un des reins et hypertrophie de l'autre, mais sans changement de texture et sans altérations organiques. Les uretères se trouvaient dans l'état normal. La vessie avait sa capacité ordinaire; ses parois étaient un peu plus épaisses que de coutume, et ses tissus décolorés. Elle contenait un peu d'urine, quelques mucosités et deux petits calculs. Sur le bas-fond, un peu à droite, était une masse fongueuse, à base large. La partie en saillie de ce fongus était molle et réduite en une espèce de bouillie. Son tissu était couvert de mucosités, au milieu desquelles on aperçut plusieurs grains sablonneux, de couleur jaune, et assez consistans, avec d'autres granulations grises, qui s'écrasaient sous le doigt. La prostate avait presque doublé de volume; son corps proéminait dans la vessie; ses lobes latéraux faisaient saillie dans le viscère, dans l'urètre et en dehors. La crête urétrale était fort développée; elle envoyait vers la partie antérieure du canal un prolongement qui s'étendait au-devant de la courbure sous-pubienne. Derrière elle, l'urètre était large, et présentait une dépression considérable. La tuméfaction du corps de la prostate offrait le rebord saillant, étendu d'un lobe latéral à l'autre, qui apporte toujours de grandes difficultés à l'introduction des instrumens dans la vessie. A la partie supérieure du col vésical, la membrane muqueuse était plus lâche et plus vasculeuse que je ne l'avais encore vue; elle formait une sorte de repli transversal flottant et assez saillant vers la vessie.

Dans ce cas, il y avait plusieurs complications, toutes plus défavorables les unes que les autres. D'abord, il fournit la preuve de ce que j'ai dit ailleurs, savoir que trop souvent la sensibilité excessive de l'urètre donne la presque certitude qu'il existe une lésion organique du col ou du corps de la vessie, par laquelle elle est entretenue. La prostate était fortement engorgée, et il y avait au col de la vessie deux replis transversaux, l'un inférieur, qui n'est pas rare, l'autre supérieur, que je n'avais point encore rencontré. La pierre et un fongus existaient simultanément. Si la santé générale avait permis au malade de vivre encore quelque temps, si l'état de l'urètre et du col vésical ne s'étaient pas opposés à ce qu'on explorât convenablement la vessie, on aurait pu reconnaître le fongus, malgré la pierre, parce que celle-ci était petite, que la vessie avait beaucoup de capacité, et que la tumeur se dessinait en relief. Dans le cas inverse, le diagnostic aurait probablement été impossible. Nous verrons, en effet, que les explorations n'éclairent qu'autant qu'on peut manœuvrer librement dans la vessie. Or, il arrive fréquemment, en pareille circonstance, que le viscère a beaucoup perdu de sa capacité, qui se trouve encore diminuée par le volume de la tumeur et par le calcul, à tel point que l'exploration devient fort difficile, sinon même impossible.

Les pierres étaient d'acide urique dans les deux cas que je viens de citer, et dans d'autres que la pratique m'a offerts, ce qui paraît indiquer que le corps étranger existait avant le développement du fongus. On a remarqué en effet qu'il était plus commun de rencontrer des fongus avec les calculs phosphatiques qu'avec ceux d'une autre nature. Il doit en être ainsi quand la pierre est consécutive, puisque ces concrétions se développent spécialement sous une influence morbide de l'appareil urinaire, et qu'en général les productions fongueuses de la vessie sont le résultat d'une phlegmasie prolongée. Au reste, les pierres phosphatiques

sont plus souvent effet que cause des fongus, et la pratique présente de loin en loin des végétations vésicales déjà anciennes que recouvre un commencement d'incrustation. J'en ai cité plusieurs cas fort curieux dans le *Traité de l'affection calculeuse* et dans mon ouvrage sur le traitement médical de cette maladie. Chopart avait fait la même remarque[1]; il rapporte que Montagnon, chirurgien de Nîmes, appelé pour sonder un vieillard qu'on croyait atteint de la pierre, eut de la peine à introduire l'instrument dans la vessie, où il crut sentir un corps dur qui rendait obscurément le son d'une pierre; le malade étant mort, on ne reconnut qu'un fongus, du volume d'un petit œuf, dont la surface inégale était incrustée de gravier.

A l'occasion de divers états névralgiques opiniâtres du col vésical, j'ai fait connaître certains cas dans lesquels on parvint à découvrir, à l'orifice interne de l'urètre et du côté de la vessie, tantôt une sorte de boursouflement de la membrane muqueuse, dont j'ai parlé dans le *Traité de l'affection calculeuse*, tantôt un repli membraneux transversal dont le bord libre présente une suite de petites excroissances polypeuses ou fongueuses, qui ne sont pas rares sur ce point, mais dont l'existence demeure presque toujours méconnue aussi long-temps qu'elles sont petites, d'autant plus que les troubles fonctionnels de la vessie sont attribués à d'autres états. J'ai dit ailleurs que l'opiniâtreté des phénomènes névralgiques du col vésical et des troubles fonctionnels de la vessie, coïncidant avec l'absence complète de toute autre lésion organique, me les avait fait soupçonner, et que des explorations spéciales m'avaient conduit à la certitude. Toutefois, ce n'est pas sans quelque difficulté qu'on parvient à établir le diagnostic : car il s'agit de deux maladies déjà difficiles à apprécier quand elles sont séparées, et dont, lorsqu'elles existent ensemble, les caractères se confondent et s'influencent réciproquement. Ces cas sont en

général fort obscurs ; il devient souvent nécessaire, pour s'y reconnaître, de combiner habilement ensemble la méthode de défalcation et tous les modes possibles d'exploration.

L'existence simultanée des lésions de la prostate et des fongus de la vessie embarrasse beaucoup le praticien. Cependant, il s'agit là de lésions plus matérielles, de sorte qu'avec de l'habitude on réussit quelquefois à les distinguer, en suivant la marche que j'ai tracée à l'occasion des tumeurs prostatiques, et que je viens de rappeler.

L'hématurie et le catarrhe compliquent souvent les fongus vésicaux. Ces deux phénomènes pouvant être la conséquence de la plupart des maladies de la vessie et de la prostate, on a souvent de la peine alors à reconnaître la tumeur fongueuse, d'autant plus qne l'emploi des moyens d'exploration se trouve parfois limité à tel point que le chirurgien est forcé de demeurer dans le doute.

II. *Explorations de la vessie avec les instrumens lithotriteurs.*

Je passe maintenant aux explorations, sans le secours desquelles tous les symptômes dont j'ai parlé jusqu'ici ne conduisent qu'à des approximations vagues, à de simples soupçons.

Dans l'état normal, la surface interne de la vessie est partout lisse et unie. Lorsque les parois du viscère ont été écartées par une injection, un instrument explorateur, qu'on promène sur cette surface, ne rencontre d'autres saillies que celles qui résultent des orifices des uretères, et qui ne sont pas toujours appréciables. C'est sur cette donnée importante que repose tout le système des explorations dont je vais parler. Cependant je dois faire observer qu'à la suite de plusieurs états morbides, et même dans les cas simples d'hypertrophie, on rencontre, comme le disait Duverney, des rides ou des inégalités dont il faut tenir compte, de peur de les confondre avec des excroissances. Ces inégalités ou bos-

selures sont même très fréquentes, surtout dans les vessies à colonnes, et présentent une foule de variétés, qu'il serait trop long d'énumérer ici. La disposition du trigone mérite aussi d'être notée. Les anciens, spécialement Ledran, avaient déjà remarqué que, chez beaucoup de personnes qui ont long-temps souffert, cette partie présente une espèce de *tension ou de crispation des fibres aponévrotiques* qui vont de l'orifice d'un uretère à celui du côté opposé, d'où résulte une sorte de ligament transverse. J'ai fait connaître le rôle important que ce repli joue chez les calculeux; il peut induire en erreur chez ceux qui n'ont pas la pierre.

Quant aux explorations elles-mêmes, telles qu'on les a pratiquées jusqu'à la découverte de la lithotritie, elles étaient si incertaines qu'on en a rarement tiré quelque avantage. Presque jamais on n'était parvenu même à soupçonner la nature de la maladie, et aucun praticien n'avait acquis, avec leur secours, une somme suffisante de données pour être en état d'assigner rigoureusement les caractères de la production morbide d'après lesquels devait être calculée la conduite à tenir de sa part. Si parfois on est tombé juste, c'est qu'on avait été servi par un hasard heureux.

Ce que j'ai dit, à l'occasion de la prostate, s'applique également à beaucoup de tumeurs fongueuses et autres qui occupent le col de la vessie. Il ne faut jamais oublier que le col du viscère peut être fortement refoulé en arrière, et qu'il est toujours dévié, soit à droite ou à gauche, soit le plus souvent en haut. On doit aussi se représenter les divers degrés dont la maladie est susceptible, car chacun d'eux exige qu'on apporte des modifications aux procédés explorateurs, et il y a pour chacun une série de résultats que chaque exploration peut produire. Examinons donc l'un après l'autre les divers cas qui peuvent se présenter.

A. *Fongus au col de la vessie.*

Premier degré. — On est appelé auprès d'un malade atteint de rétention d'urine. La première indication à remplir, souvent même sans chercher à préciser la cause, est de le faire uriner. L'instrument et le procédé de cathétérisme le plus généralement usités sont ceux auxquels on a recours. La sonde, en arrivant dans la vessie, rencontre tantôt une simple contraction du col, tantôt un petit corps mobile engagé dans l'orifice de l'urètre, ou plutôt accolé à cet orifice, qui semble fuir devant elle, et qu'on déplace avec tant de facilité, que le praticien le plus exercé ne saurait dire s'il s'agit d'un fongus pédiculé, d'un caillot de sang, d'un amas de mucosités épaissies, ou même seulement d'un resserrement spasmodique. Jamais cette première opération n'éclaire réellement le diagnostic. Quoi qu'il en soit, la sonde arrive dans la vessie, le malade urine, il est soulagé à l'instant, et désormais il peut ne plus se ressentir des accidens qu'il a éprouvés, de sorte qu'on reste dans le doute sur la cause de la rétention d'urine.

Ces cas sont les plus simples. Mais, si l'on s'en tient là, ils sont aussi ceux à l'égard desquels l'opinion est le moins arrêtée. Les petits fongus de la vessie, sans catarrhe, sans engorgement prostatique, accompagnés seulement d'un état névralgique du col vésical, ne produisent que de loin en loin des troubles dans l'excrétion de l'urine. On ne peut les reconnaître avec la sonde. Le seul moyen d'en constater la présence, surtout lorsqu'ils sont pédiculés, est de recourir à l'appareil instrumental de la lithotritie. Le trilabe, monté comme je le dirai en parlant du traitement, fournit à cet égard les notions les plus exactes. C'est donc à lui qu'il faut recourir toutes les fois qu'on a quelque raison de soupçonner un fongus, et se hâter d'autant plus que le début de la maladie est la seule époque à laquelle on puisse espérer un

résultat satisfaisant des moyens curatifs. Je ne saurais trop insister sur ce point. Dès qu'on aura fait cesser la difficulté d'uriner ou la rétention d'urine, surtout si la sonde ne rencontre aucun obstacle, vital ou mécanique, soit dans l'urètre, soit au col vésical, et si la vessie possède un pouvoir expulsif suffisant, il faut explorer celle-ci d'une manière toute particulière, et avec le trilabe. Après avoir fait une injection, on ouvre cet instrument dans la vessie, et on le ramène à soi, comme pour le retirer tout ouvert; les branches viennent s'appliquer contre l'orifice interne de l'urètre, qui se trouve tendu par leur élasticité; on imprime au trilabe de très petits mouvemens latéraux, et s'il existe, au col vésical, ou dans le voisinage, une production morbide, fongueuse ou autre, elle se place dans l'intervalle des branches, fait saillie dans l'instrument, et le stylet la fait reconnaître. Entre autres exemples que je pourrais citer, je parlerai d'un jeune homme de vingt-six ans, qui éprouvait des difficultés d'uriner et la plupart des symptômes propres à faire soupçonner l'existence d'un calcul vésical; pendant que j'explorais la vessie, une tumeur fongueuse du col vint se placer entre les branches de la pince; mais la saillie étant peu considérable, je conseillai un traitement médical provisoire. Chez un autre malade j'ai découvert de la même manière une petite fongosité ayant son siège à l'angle antérieur du trigone, et compliquant une affection calculeuse très avancée; le sujet succomba au bout de quelques mois, et l'autopsie démontra que je ne m'étais pas trompé.

Deuxième degré. — Dans d'autres cas, plus communs que les précédens, la sonde se trouve arrêtée au moment où l'on croit qu'elle va pénétrer dans la vessie. Le praticien qui ne possède encore que des renseignemens très vagues sur la difficulté qui se présente, peut faire trois suppositions différentes. 1° L'urètre est dévié latéralement par la tuméfaction d'un des lobes de la prostate, ou en haut par l'engorgement

du corps de cette glande, ou bien il y a une de ces brides transversales qu'on rencontre quelquefois derrière la crête urétrale; 2° indépendamment de ces déviations, l'orifice interne de l'urètre est fortement rétréci et ses parois sont indurées, au point que la sonde ne puisse le franchir, comme Chopart en cite un exemple, ce qui est d'ailleurs extrêmement rare; 3° enfin, il existe, au voisinage du col vésical, une tumeur fongueuse qui ne permet pas d'aller plus loin. Je ne parle pas de quelques autres circonstances, indiquées ailleurs, qui peuvent aussi apporter des difficultés à l'introduction de la sonde, mais à l'égard desquelles un chirurgien exercé ne saurait se méprendre. Quant à celles que je viens d'énoncer, ce n'est qu'avec une peine extrême qu'on parvient à les isoler les unes des autres; les auteurs les plus recommandables ont unanimement proclamé cette vérité, qu'on oublie trop souvent, et Chopart n'hésite même pas à dire qu'on n'acquiert de notions exactes qu'après la mort.

Par le fait même de la difficulté ou de l'impossibilité d'introduire la sonde dans la vessie, quoique l'urètre soit libre jusqu'à la région prostatique, on se trouve conduit à admettre qu'il existe un obstacle au col vésical, et la rareté des rétrécissemens en cet endroit porte à penser que l'obstacle dépend d'une excroissance. Mais quels sont les caractères et les dispositions de cette tumeur? Voilà ce qui reste douteux, et ce n'est qu'à force de tâtonnemens qu'on parvient à acquérir des notions précises. Je donnerai ici les détails d'un cas qui s'est présenté dernièrement dans le service des calculeux,

Un homme, âgé de cinquante-huit ans, éprouva, pendant plusieurs années, un dérangement considérable dans les fonctions de la vessie, contre lequel divers moyens furent employés en vain. On crut à l'existence d'une pierre, et le malade vint à l'hôpital Necker. Les phénomènes morbides avaient augmenté depuis trois mois, notamment les besoins

d'uriner, qui étaient fort rapprochés, ainsi que les difficultés et les douleurs pour y satisfaire. De temps en temps l'urine coulait involontairement, et sans interruption. Au méat urinaire, il y avait une bride, qui fut divisée. Dès ce moment la sonde, dont l'introduction avait été jusqu'alors difficile, parce qu'elle se trouvait serrée, pénétra sans difficulté; mais elle n'était pas encore parvenue dans la vessie que l'urine commençait à couler. Ce liquide était bourbeux, fétide et sanguinolent. L'instrument fut arrêté à l'orifice interne de l'urètre, et n'arriva dans la vessie qu'après qu'on en eut relevé fortement l'extrémité oculaire. Il existait derrière la crête urétrale une tumeur peu dure, dont la nature restait indéterminée. Je m'occupai d'abord de combattre les troubles fonctionnels de la vessie. J'avais un double but à atteindre : 1° il fallait accoutumer les organes urinaires au contact des instrumens qui devaient servir à l'exploration ; 2° les effets de ce traitement étaient de faire connaître, jusqu'à un certain point, l'influence qu'exerçait la tumeur du col vésical. Pendant quelques jours, je fis des injections dans la vessie, l'urine devint plus claire et son expulsion plus facile. L'incontinence, qui avait lieu par intervalles depuis plusieurs mois, ne tarda pas à cesser. Des irrigations furent pratiquées ensuite, mais elles ne produisirent point l'effet que j'espérais ; il y eut même une légère réaction, avec maux de tête et mouvemens fébriles, qui durèrent deux jours, pendant lesquels les douleurs en urinant et les dépôts de l'urine reparurent. Lorsque cette exacerbation eut cessé, on reprit les injections et les irrigations froides, qu'il fallut abandonner de nouveau, à cause d'une toux opiniâtre et d'un dérangement dans les fonctions digestives. Durant un mois, le traitement local fut suspendu, et l'on se contenta d'aider l'excrétion de l'urine, tantôt en introduisant la sonde matin et soir, tantôt en la laissant à demeure. Pendant ce temps aussi il se manifesta un léger catarrhe pulmonaire, qui fatigua le malade

et le fit maigrir. A la fin, ce catarrhe cessa; mais celui de la vessie reparut, et persista avec opiniâtreté. On employa sans succès les vésicatoires, les purgatifs, les injections, les lavemens, les boissons abondantes; de temps en temps il y avait un peu d'amélioration, mais elle ne se soutenait pas. Si les accidens avaient dépendu d'une simple névralgie du col vésical ou d'une atonie de la vessie, ils auraient cédé à ce traitement. Je m'étais assuré qu'il n'y avait ni pierre, ni lésions organiques du corps de la vessie. Les explorations par le rectum au moyen du doigt et par l'urètre avec la sonde m'avaient donné la certitude que l'obstacle tenait uniquement à l'état du col; il me fut donc démontré qu'on devait en accuser une tumeur que tout me portait à considérer comme fongueuse, mais à l'égard de laquelle cependant je n'avais pas une opinion définitivement arrêtée, puisque l'état général du sujet ne m'avait pas encore permis de recourir aux explorations spéciales indispensables dans ces sortes de cas. Le malade me témoigna le désir d'aller passer quelque temps chez lui, parce qu'il était fatigué du séjour à l'hôpital. Je ne l'ai pas revu.

Ce fait, bien qu'incomplet, est remarquable. Dans les fréquentes introductions de sonde pratiquées pour les injections, j'avais acquis la certitude que la tumeur, de médiocre volume et très molle, était située assez en arrière, car la sonde ne s'arrêtait qu'au moment où on aurait pu la croire déjà dans la vessie, et l'urine commençait toujours à couler avant que l'obstacle fût franchi. C'était une circonstance importante à noter. La sortie de l'urine avant que la sonde ait franchi le col vésical est un phénomène assez commun dans plusieurs maladies de la partie profonde de l'urètre et de la prostate, notamment l'atrophie de cette glande; mais alors l'urine coule aussitôt que la sonde est parvenue dans la partie membraneuse de l'urètre. J'ai signalé plusieurs de ces cas Ici, au contraire, l'urine commençait à couler lorsque la

sonde avait franchi l'orifice interne de l'urètre, au moment où elle rencontrait la tumeur.

L'accroissement des symptômes peu avant l'admission à l'hôpital prouve que la maladie s'était exaspérée, soit que la surface de la tumeur fût devenue subitement le siége d'une phlegmasie, soit que l'obstacle qu'elle apportait au cours de l'urine eût déterminé une inflammation à la surface interne de la vessie. Ces cas sont fréquens.

Quant à la difficulté d'introduire la sonde au col vésical, et à la douleur que le malade en ressentit, ce sont des particularités qu'on rencontre dans la plupart des cas, la première surtout; la seconde n'a lieu que quand la membrane qui tapisse la tumeur s'enflamme, ou qu'au moins sa sensibilité s'exaspère. Du reste, rien d'extraordinaire dans les autres symptômes, non plus que dans les recrudescences amenées par le traitement. Les injections, les irrigations surtout, sont fréquemment suivies de pareilles réactions, notamment lorsqu'on veut aller trop vite et que le malade est très irritable. Si quelqu'autre appareil que celui qui était primitivement affecté se montre fort impressionnable, c'est sur lui que la réaction s'opère ; mais il en résulte toujours, comme dans le cas dont je viens de parler, une augmentation consécutive du catarrhe vésical.

Ainsi, avec de l'habitude, des tâtonnemens répétés, et l'esprit d'analyse, on peut reconnaître, jusqu'à un certain point, un fongus de moyenne grosseur à l'aide de la sonde, lorsqu'il a son siége au col de la vessie. Résumons la conduite qu'il faut tenir.

Je suppose que la sonde soit parvenue dans la vessie : comment distinguer un fongus d'une tumeur prostatique? Il est nécessaire d'établir quelques distinctions. D'abord, j'admets que l'excroissance n'est pas très volumineuse, et que la prostate est saine, ce dont on peut se convaincre par les moyens indiqués ailleurs; le malade urine avec peine ; il

y a des indices de catarrhe, et des douleurs plus ou moins analogues à celles que produisent les calculs ou les névralgies avancées. Il s'agit de connaître la cause des désordres. Lorsqu'à l'aide d'une sonde à petite courbure, on est arrivé jusqu'à la partie prostatique de l'urètre, et qu'au moment où l'on croit que l'instrument va pénétrer dans la vesse, il se trouve arrêté, on précise la position de l'obstacle. S'il est en bas, il suffit d'élever l'extrémité oculaire de la sonde, en abaissant le pavillon, pour arriver dans la vessie. L'obstacle est brusque, mais peu étendu d'avant en arrière : on peut croire alors qu'il s'agit de la bride transversale dont j'ai parlé, et je ne redirai pas comment il faut s'y prendre pour le reconnaître. Mais si l'obstacle est encore plus profond, vers l'intérieur de la vessie, s'il est plus étendu en arrière, si la sonde glisse plus long-temps, et si ce n'est qu'après plusieurs lignes qu'on voit paraître l'urine, non pas par gouttes et en petite quantité, ce qui arrive quelquefois avant que la sonde ait franchi le col vésical, mais à pleine sonde, comme on le voit généralement; tout cela indique déjà que l'obstacle a une certaine étendue en arrière, et qu'il ne peut être produit que par une tumeur à l'angle antérieur ou à la surface du trigone. En cheminant, la sonde, dont le bec est fortement relevé, affaisse cette tumeur, et la comprime, dans le même temps qu'elle la refoule en arrière. Une fois qu'on est parvenu dans la vessie, et avant que l'urine soit écoulée, il faut porter l'instrument à droite et à gauche, le retirer jusqu'à ce que les yeux soient remontés sur la tumeur, ce dont on s'assure par la diminution de l'écoulement du liquide, et exécuter un mouvement de rotation par lequel la courbure se trouve portée en bas. Dans ces rotations répétées près du col vésical, on sent et l'on peut circonscrire, au moyen de la courbure de la sonde, la saillie que fait la tumeur à la partie moyenne du trigone, et par cette manœuvre, habilement exécutée, on distingue jusqu'à un certain point le vo-

lume de l'excroissance, d'après la saillie qu'elle fait dans la vessie. Si elle est pédiculée, et surtout si le pédicule est mince, on parvient aussi quelquefois à placer la sonde successivement à droite et à gauche de cette espèce de support. J'y ai réussi dans deux cas récens. Lorsque la tumeur est plus volumineuse et à base large, il y a impossibilité de porter la sonde d'un côté à l'autre, bien qu'on abaisse fortement la main qui tient le pavillon, mouvement par lequel se trouve relevée l'extrémité vésicale de l'instrument. On n'y pourrait pas non plus parvenir si l'excroissance avait une certaine largeur transversale, de manière qu'elle occupât tout l'espace compris entre les lobes latéraux de la prostate.

On comprend que ces manœuvres sont délicates, qu'elles exigent beaucoup de dextérité et un toucher très exercé. Toutes les fois d'ailleurs qu'on parvient encore à introduire la sonde sans de trop grandes difficultés, il est possible de recourir au trilabe, ou du moins au lithoclaste, qui fournissent des données plus exactes et plus sûres. J'indiquerai à l'article du traitement la manière d'employer ces divers appareils.

Troisième degré.—Quand la tumeur du col vésical est très volumineuse, et surtout qu'elle est compliquée de lésions de la prostate, les difficultés du diagnostic augmentent. La plupart du temps même on est privé du secours des moyens d'exploration. Ni le toucher par le rectum, ni le palper par l'hypogastre et le périnée, ni la pression exploratrice avec le bout de la sonde, ni les phénomènes locaux et généraux, rien alors ne peut faire connaître avec précision la nature de la maladie. C'est dans cette situation si critique pour le malade et si embarrassante pour le praticien, qu'on apprécie les fâcheuses conséquences de la temporisation conseillée par tant d'hommes inexpérimentés. Le diagnostic es impossible, et le traitement livré à toutes les chances du hasard.

B. *Fongus dans l'intérieur de la vessie.*

Lorsque les tumeurs fongueuses ont leur siège dans l'intérieur de la vessie, le diagnostic, sans avoir toute la précision désirable, ne présente cependant pas les mêmes difficultés que celui des fongus du col parvenus au troisième degré. On réussit presque toujours à introduire les instrumens explorateurs, même avec assez de facilité. Mais, quant à déterminer la nature, la forme, le volume et le mode d'insertion de l'excroissance, on ne peut se dissimuler qu'il reste beaucoup à désirer sous tous ces rapports. La sonde ne procure que des notions très confuses; le trilabe n'a pas les mêmes avantages que quand il s'agit de petites tumeurs au col : le lithoclaste seul fournit quelques données utiles. Voici le procédé auquel j'ai eu recours :

Lorsqu'on explore, au moyen de la sonde à petite courbure, une vessie pleine d'eau tiède ou d'urine, on remarque que les mouvemens de va et vient et de glissement latéral, imprimés à l'instrument qu'on ne laisse pas tourner entre ses doigts, sont empêchés par des inégalités qui ne sauraient exister dans une vessie à l'état normal dont un liquide écarte les parois, puisque celle-ci doit nécessairement offrir partout une surface lisse et unie. On constate le point où la sonde s'arrête, l'on passe dessus, en relevant l'extrémité vésicale de l'instrument, et la quantité dont on est obligé de relever la sonde et l'espace que celle-ci doit parcourir avant de retomber sur son premier plan, donnent la mesure de la hauteur et de l'étendue de la tumeur. Si la sonde ordinaire laisse des doutes, on introduit un trilabe, qu'on ouvre fortement, et qu'on fait pivoter entre les doigts, de telle sorte que chaque branche, en tournant, aille butter contre l'excroissance ou l'inégalité de la face interne de la vessie. Lorsque cette inégalité est très saillante, on place l'instrument ouvert de manière qu'une de ses branches se trouve

sur l'un des côtés de la tumeur, et une autre sur le côté opposé ; de cette façon, le fongus fait saillie dans la pince, et le stylet, poussé avec précaution, indique approximativement de combien elle s'élève.

Ce sont là les cas les plus favorables, ceux dans lesquels la tumeur est isolée, peu large et peu étendue, mais saillante. S'il en était autrement, ainsi qu'on l'observe dans certaines circonstances, si la tumeur était fort évasée et peu en relief, les branches, au lieu d'appuyer sur les parois vésicales en dehors de l'excroissance, s'appliqueraient sur cette dernière elle-même, et l'exploration n'aboutirait à rien, pour ainsi dire. Il en serait de même s'il y avait plusieurs fongus l'un à côté de l'autre : un hasard heureux pourrait seul faire que les branches de l'instrument se plaçassent entre eux ou sur leurs côtés. Quoi qu'il en soit, je suis plusieurs fois parvenu à apprécier la largeur de l'excroissance et jusqu'à un certain point sa hauteur. On réussit parfois aussi à la saisir avec le lithoclaste, non pas latéralement, comme quand on se sert du trilabe, mais d'avant en arrière, et l'on en obtient ainsi le diamètre antéro-postérieur. Mais ce qui est très difficile, c'est de distinguer si elle repose sur un pédicule, ou si elle a une base plus ou moins large. En parlant du traitement, j'indiquerai le seul moyen que l'art possède.

Quand la surface interne de la vessie est parsemée d'excroissances peu en relief, tantôt molles et tantôt résistantes, comme je l'ai observé, les explorations avec la sonde, celles surtout avec le trilabe et le lithoclaste, font connaître une série de protubérances sur la surface du viscère tendue par l'injection. Mais elles laissent dans le doute relativement à la nature de ces excroissances. Il faut être d'autant plus réservé alors qu'on pourrait confondre celles-ci avec les inégalités résultantes des colonnes charnues, qui sont susceptibles de présenter les dispositions les plus extraordinaires.

En 1840, j'ai exploré la vessie d'un malade qui se croyait

atteint de la pierre, dont on pensait même avoir reconnu l'existence au moyen de la sonde. Il offrait d'ailleurs tous les signes rationnels d'une affection calculeuse de la vessie. La première fois que j'introduisis la sonde, la face interne du viscère me parut tellement irrégulière et bosselée que l'instrument cheminait avec peine d'un point à un autre. Une exploration plus exacte ne me fit rien découvrir à la face antérieure de l'organe, non plus qu'à l'orifice interne de l'urètre ; mais, vis-à-vis de cet orifice, à la face postérieure de la vessie, se présenta une tumeur qui empêchait la sonde d'aller d'un côté à l'autre. En portant cette sonde, qui était à petite courbure, derrière la tumeur, entre elle et le sommet de la vessie, un peu à gauche, le bec étant incliné à droite, et en tirant l'instrument à moi, comme pour le faire sortir, je distinguai nettement la saillie que faisait l'excroissance, au devant de laquelle la sonde retombait brusquement. L'expérience fut répétée plusieurs fois, en présence d'un grand nombre de témoins, car le malade n'accusait aucune douleur. Je remplaçai la sonde par un lithoclaste, à l'aide duquel je constatai les mêmes effets, et parvins ensuite à saisir la tumeur. Elle adhérait à la face interne de la vessie par une base large et résistante. Il eût été imprudent d'en tenter l'extraction, ou d'en essayer la trituration. Une fois fixé sur la nature et l'état de la lésion, je me bornai à prescrire un traitement palliatif.

Les explorations dont je viens de tracer le tableau m'ont souvent conduit à des résultats auxquels j'étais loin de m'attendre, et qui pourraient paraître douteux aux praticiens peu familiarisés avec les ressources que l'art a tirées de l'appareil instrumental de la lithotritie. A la vérité, ce n'est ni sans difficultés, ni sans douleurs, qu'on obtient ces résultats; il faut souvent multiplier les tentatives, les varier de mille manières, et procéder en tâtonnant ; encore même, malgré toutes ces précautions, reste-t-il des doutes insolubles. On

pourrait donc se croire fondé à dire que les inconvéniens des nouvelles explorations en balancent les avantages. Mais qu'a-t-on à espérer en n'y ayant pas recours? La pratique des plus grands chirurgiens avant l'époque de la lithotritie est là pour répondre. On a vu que la maladie n'était jamais reconnue pendant la vie, qu'on soumettait les malheureux malades à une série de traitemens plus empiriques et plus douloureux les uns que les autres, et qu'on ne les laissait en repos qu'après les avoir épuisés par des médications hasardées, qui ne faisaient la plupart du temps qu'ajouter à leurs angoisses. C'est plus qu'il n'en faut pour encourager à mettre en pratique un mode d'exploration dont les difficultés et les inconvéniens disparaîtront, du moins en partie, à mesure que l'emploi des nouveaux instrumens deviendra familier aux chirurgiens.

III. *Explorations avec les bougies molles.*

Il est un mode d'exploration du col vésical atteint de tumeurs fongueuses, qu'on a entièrement négligé, et qui, ici comme dans le cas d'engorgement prostatique, procure des notions fort importantes : je veux parler des bougies molles et des sondes exploratrices. Les premières surtout sont d'un usage très facile et peu douloureux. C'est par elles qu'il faut commencer.

Nous avons vu, en traitant des rétrécissemens de l'urètre et des maladies de la prostate, que les bougies de cire molle conservent, au moment où on les retire, la configuration que leur a fait prendre l'obstacle qui s'est opposé à leur introduction dans la vessie, et dont elles donnent souvent l'idée la plus nette qu'on puisse obtenir. Elles n'ont pas la même valeur dans le cas de tumeurs fongueuses au col vésical. Toutefois, j'en ai obtenu d'heureux résultats, et je ne saurais trop recommander d'y avoir recours. Il est évident d'abord qu'elles causent moins de douleurs. Quant aux no-

tions qu'elles fournissent, la première consiste à faire connaître, avec plus de certitude qu'aucun autre moyen, la liberté du canal jusqu'à son orifice interne. On est donc assuré que là seulement réside l'obstacle. Il faut pousser la bougie d'une manière graduée, et lorsqu'elle a pénétré aussi avant que le permet sa longueur ordinaire, on la laisse en place pendant quelques minutes, sans que le malade change de position, puis on la retire doucement, en ayant soin qu'elle ne roule pas entre les doigts. On voit alors son extrémité rebroussée en forme de crochet, ou parfois seulement recourbée. Le sens et l'étendue de cette incurvation font juger de la position du fongus, du mode de la déviation qu'il a imprimée à l'urètre, et aussi, jusqu'à un certain point, de son élévation. Si la tumeur est peu considérable, qu'elle occupe la partie postérieure du col vésical, et qu'elle dérange peu ce dernier, la bougie sera légèrement déviée en haut. La déviation aura lieu à droite ou à gauche, si la tumeur siège à l'un ou à l'autre lobe latéral de la prostate. Si l'excroissance est volumineuse, si elle change la direction de l'urètre tout-à-coup et dans une grande étendue, la courbure de la bougie sera brusque, et son extrémité pourra être rebroussée. Si, comme l'a observé Chopart, l'orifice interne de l'urètre est véritablement rétréci, la bougie offrira un étranglement analogue à ceux qu'on remarque dans tous les autres cas de coarctation. Si les parois de la partie prostatique de l'urètre et de l'orifice interne du canal sont indurées, ce qui n'est pas rare, la bougie présentera des dépressions, des aplatissemens partiels et plus ou moins étendus; l'empreinte qu'on obtient alors ressemble un peu à celles que produisent les calculs urétraux; seulement elle est moins brusque, moins à pic.

Les déductions qu'on peut tirer de ces configurations accidentelles de la bougie molle sont donc fort utiles au praticien; la sonde n'en fournirait d'analogues qu'à force de tâ-

tonnemens pénibles pour le malade, encore même n'arriverait-on pas toujours à autant de précision. D'ailleurs, l'urètre étant toujours très irritable chez les sujets atteints de fongus, la bougie prépare les voies à la sonde, et le moins de douleur que celle-ci occasionne ensuite compense bien l'inconvénient d'une double introduction.

La bougie molle a encore une incontestable utilité quand on est appelé après que d'autres praticiens ont vainement cherché à introduire une sonde, et qu'on peut craindre qu'une fausse route n'ait été faite. Personne n'ignore combien il importe de constater d'abord les fausses routes, si l'on ne veut pas assumer la responsabilité d'un malheur auquel on est étranger.

Quant aux sondes exploratrices employées, depuis quelques années, pour constater les coarctations urétrales, elles n'ont pas autant d'avantages qu'on aurait pu le penser. Leur introduction est difficile et douloureuse, et dans les essais que j'ai faits à cet égard, je n'ai pas obtenu de résultats satisfaisans.

Quelque précieuses que soient les recherches avec la bougie molle pour faire apprécier les divers états morbides du col vésical, elles laissent dans le doute relativement à la nature spéciale de la lésion dans le cas dont il s'agit. Les empreintes que ces instrumens rapportent ne diffèrent pas d'une manière notable, qu'elles soient produites par une intumescence de la prostate, ou par une tumeur fongueuse, ou par une barrière à l'orifice vésical. Elles constatent bien qu'il existe une lésion de laquelle dépend la déviation ou la déformation de la partie profonde de l'urètre et du col de la vessie; mais d'autres procédés doivent être mis en usage pour distinguer la maladie.

ARTICLE IV.

Du traitement des fongus vésicaux.

Le traitement des fongus de la vessie est essentiellement chirurgical. Mais les moyens qu'on a tentés jusqu'à ce jour n'ont aucune efficacité. Chopart a dit que tous les remèdes internes sont impuissans, que les moyens locaux demeurent également sans effet, et qu'il ne faut compter sur eux qu'autant qu'on a en vue de tenir le cours de l'urine libre, d'empêcher l'accroissement de la tumeur, la dilatation et la varicosité de ses vaisseaux, et sa dégénérescence cancéreuse. Il conseille d'écarter tout excès dans le régime de vie, les exercices immodérés, les secousses du corps, les grands efforts de la respiration, les plaisirs vénériens, et tout ce qui est capable d'irriter la vessie. Il recommande aussi de tenir le ventre libre, de prendre des boissons légèrement diurétiques, etc., de se tenir debout pour satisfaire aux besoins d'uriner, et, si l'urine coule difficilement, d'avoir recours aux sondes flexibles, notamment le matin et le soir. Boyer s'est borné à reproduire les opinions de Chopart. Sœmmerring propose l'usage du mercure et un régime doux.

Cette énumération suffit pour faire comprendre combien Chopart avait raison de dire que l'art n'était pas plus avancé par rapport au traitement des fongus vésicaux, qu'eu égard à leur cause et à leur diagnostic. L'inutilité des moyens auxquels on proposait de recourir saute aux yeux ; nul rapport n'existe entre la plupart d'entr'eux et la maladie qu'ils étaient appelés à combattre ; on ne sait pas pourquoi ils ont été conseillés. D'ailleurs, la maladie ne pouvant point être reconnue d'une manière précise sur le vivant, il n'y avait pas de traitement rationnel possible. Aussi n'avait-on essayé la cure radicale que dans un très petit nombre de cas, dont j'ai parlé à l'occasion des pierres compliquées de fongus.

Les nouvelles acquisitions de la chirurgie ayant fourni des moyens propres à faire distinguer la maladie chez le sujet vivant, il était tout naturel qu'on se mît à la recherche d'un traitement spécial. Il y a long-temps que je me suis occupé de ce point, comme le prouvent les faits dont j'ai parlé en 1828, dans ma seconde Lettre sur la lithotritie, et ceux que j'ai insérés dans une Lettre adressée en 1834 à l'Académie des sciences. Dans ce dernier écrit, que plusieurs journaux de l'époque ont reproduit, j'indiquais une série de moyens nouveaux, propres à attaquer les fongus vésicaux, et je faisais connaître les résultats que j'en avais déjà obtenus, annonçant d'ailleurs qu'un malade se trouvait alors en traitement à l'hôpital Necker. Un simple énoncé suffisait dans une communication de ce genre, dont l'unique but était d'appeler l'attention des praticiens sur un sujet d'une si haute importance. Aujourd'hui que la question a grandi, je dois entrer dans de plus longs développemens, afin de mettre mes confrères à même d'appliquer des procédés qui m'ont procuré des succès inespérés.

Ainsi que je l'avais annoncé à l'Académie, il y a plusieurs manières d'attaquer les tumeurs ou excroissances fongueuses commençantes, soit du col, soit du corps de la vessie. Pour les bien comprendre, il est indispensable de posséder une connaissance exacte du mécanisme et du mode d'application des instrumens lithotriteurs. Je dois ici la supposer chez le lecteur, qui trouvera d'ailleurs tous les éclaircissemens nécessaires dans mon Parallèle des divers moyens de traiter les calculeux.

C'est par le procédé de la ligature que j'ai commencé mes expériences. La marche suivie dans quelques autres cas chirurgicaux, spécialement contre certaines tumeurs du col utérin, et ce que j'avais observé dans la pratique de la lithotritie, me suggérèrent l'idée de ce mode de traitement. J'ai dit que les excroissances polypeuses du col de la vessie sont

fréquentes chez les calculeux. Plusieurs fois, en cherchant à saisir un petit calcul, ou un fragment de pierre, avec le trilabe, je m'étais aperçu que des tumeurs de ce genre s'engageaient dans l'instrument, et devenaient même gênantes pour la manœuvre. Puisque le lithotriteur les rencontrait si aisément dans l'intervalle des branches de l'instrument, je dus penser que je les trouverais de même au moyen d'un porte-ligature substitué à cette tige. Mais il fallait d'abord modifier la construction du trilabe. J'en fis fabriquer un à branches minces et sans crochet ou partie recourbée. Le porte-branches, ou la canule intérieure, avait des parois très minces, et sa cavité présentait près de deux lignes de diamètre. Du reste, les branches, la gaine, les rondelles, les boîtes à cuir ne différaient pas de ce qu'elles sont dans les instrumens ordinaires.

A l'extrémité d'un tube d'une ligne et demie de diamètre et long d'un pied, je fis adapter un fil de platine de dix-huit pouces de long. Un trou, pratiqué à cette même extrémité, mais du côté opposé, servit à faire rentrer dans le tube le fil, qui sortait de six pouces par l'autre bout. J'introduisais d'abord le trilabe. Après l'avoir ouvert dans la vessie, appliqué, en le retirant, les branches contre l'orifice interne de l'urètre, et placé ces mêmes branches sur les côtés du pédicule de la tumeur, j'introduisais le porte-ligature. Dès que j'avais constaté la présence de la tumeur dans l'instrument, je poussais le fil, qui faisait anse en sortant du tube. Une marque indiquait le plat de l'anse, dont la grandeur était proportionnée à la quantité de fil que j'avais poussée. Cette combinaison m'avait paru, en théorie, d'une application facile ; mais, soit que la tumeur ne fît pas dans l'instrument une saillie assez prononcée et assez résistante, soit que l'anse, dont le développement était gêné par les branches du trilabe ou par la tumeur elle-même, au lieu de s'ouvrir largement au col vésical, en prenant une

figure ovale, s'allongeât davantage et pénétrât trop profondément dans la vessie, je ne parvins qu'une seule fois, et après de longs tâtonnemens, à saisir un fongus pédiculé du col de l'organe; encore fut-il lié d'une manière assez imparfaite pour que la ligature tombât avant la chute de la tumeur. Du reste, la difficulté consiste tout entière dans l'application du fil; car une fois que celui-ci est convenablement posé, on serre à volonté; le porte-ligature reste dans l'urètre, et le trilabe peut être retiré de la vessie sans que le malade ait à souffrir. Diverses modifications que j'apportai à ce premier appareil, et un grand nombre d'expériences me donnèrent à penser qu'on serait parvenu à faire disparaître les difficultés, du moins en partie, si l'on n'avait pas été conduit à d'autres procédés.

A cet appareil, M. Leroy, qui s'est occupé plus tard du même sujet, en a substitué un autre au moyen duquel il espère de pouvoir placer la ligature sur le pourtour du pédicule de la tumeur. C'est un instrument à deux branches, qui s'écartent dans la vessie, et dont l'extrémité est percée d'un trou donnant passage à un fil assez long pour dépasser le bout du manche. Lorsque les branches sont écartées, elles représentent un V fortement renversé, dont la partie ouverte se trouve close par le fil allant d'une branche à l'autre. M. Leroy se flatte de pouvoir engager la tumeur fongueuse dans cet espace triangulaire. Très probablement quand il a conçu son appareil, il n'a pas aperçu toutes les difficultés qu'en présenterait l'application. Je me borne à l'indiquer ici; c'est l'une des cent inventions dont M. Leroy a enrichi l'arsenal chirurgical, d'où les praticiens n'ont pas jugé à propos de les exhumer.

Une circonstance, que je considérai d'abord comme un accident dans l'application de la lithrotritie, et qui me donna beaucoup de souci, me mit sur la voie d'un autre mode de traitement. Chez un Anglais, calculeux, dont j'ai parlé dans

ma seconde Lettre sur la lithotritie, en cherchant à déterminer si le broiement de la pierre était praticable, et à saisir l'un des calculs de la vessie, un petit corps mou, dont la nature ne fut pas déterminée, s'engagea entre les branches de la pince; il était assez petit pour qu'on pût fermer l'instrument; la pression ne produisait pas de douleurs; finalement, j'arrachai, sans que le malade témoignât aucune sensation spéciale, un fongus pédiculé, du volume d'un pois ordinaire, et de consistance très molle. Ce fongus vint au dehors dans l'instrument. Il était inutile de laisser entrevoir mes inquiétudes au malade, mais on conçoit que je dus l'observer avec attention pendant plusieurs jours. Aucun accident n'éclata; peut-être seulement s'échappa-t-il un peu plus de sang qu'il n'a coutume d'en couler après ces sortes d'explorations. Au bout de quelques jours, je fis de nouvelles recherches, qui me démontrèrent la présence de quelques autres excroissances fongueuses et de plusieurs calculs dans la vessie. La santé générale était mauvaise; je ne crus pas pouvoir entreprendre l'opération sans danger, et je conseillai au malade de retourner en Angleterre. Il accueillit d'autant mieux cet avis qu'Astley Cooper l'avait déjà détourné de se faire opérer de la pierre.

Depuis 1827, époque à laquelle ce cas s'offrit à moi, j'ai trouvé des excroissances polypeuses ou fongueuses au col de la vessie de plusieurs calculeux. Dans quelques circonstances, je dus renoncer à la lithotritie : dans d'autres, plus nombreuses, et qui me parurent moins défavorables, je continuai le broiement de la pierre, et plus d'une fois je pratiquai en même temps l'extirpation de la fongosité, avec des résultats divers. Les deux premiers cas qui se présentèrent furent très heureux. En explorant la vessie au moyen du trilabe, une petite excroissance pédiculée se glissa dans l'intervalle des branches; je fermai l'instrument, et m'assurai ainsi que la tumeur était petite. Elle ne possédait aucune sensibilité; car, en serrant,

même avec force, le malade n'éprouvait pas de douleur. Le pédicule était lâche, attendu qu'il permettait à l'instrument embrassant le fongus de se mouvoir librement en tous sens. J'arrachai la tumeur, et il ne se déclara pas d'accidens. L'un des malades fut guéri pour ainsi dire instantanément ; l'autre continua de souffrir pendant quelques jours, et il eut même un léger écoulement urétral; mais bientôt ces symptômes disparurent, et la guérison ne laissa rien à désirer.

Un autre cas m'avait donné beaucoup d'inquiétudes. Le fongus arraché était accompagné d'une traînée filiforme de membrane muqueuse urétrale, longue de plusieurs pouces. Le malade souffrit beaucoup pour uriner pendant quelques jours, et il conserva même une grande sensibilité du canal. Cependant il guérit. On sait avec quelle facilité les membranes muqueuses se reproduisent.

Ces résultats étaient fort encourageans. Bientôt il se présenta un autre cas, beaucoup plus grave, où je crus devoir appliquer le procédé de l'arrachement.

Un prêtre des environs de Paris, septuagénaire, et calculeux depuis long-temps, était porteur, en outre, d'un engorgement de la prostate et d'un fongus au col vésical. Je m'assurai, par une exploration, que le fongus était mou, pédiculé et peu sensible. On pouvait le déjeter à droite, à gauche, en arrière, sans faire souffrir le malade. J'introduisis un trilabe dans la vessie. La pierre fut saisie ; mais, mal fixée dans l'instrument, elle s'échappa. Comme je cherchais à la saisir de nouveau, la tumeur fongueuse s'engagea entre les branches de la pince, et fut embrassée, au lieu du calcul. Elle était volumineuse, mais se laissait facilement déprimer. Ce premier accident me fit comprendre, ce qu'il était facile de prévoir, que le fongus, qui paraissait enté sur une prostate engorgée, apporterait beaucoup d'obstacles à la destruction de la pierre, et peut-être plus encore à l'expulsion des fragmens. Je pris donc le parti de l'arracher avant d'entreprendre la lithotritie,

et je procédai de suite à l'opération. Le malade souffrit peu, si ce n'est pour retirer l'instrument chargé d'une partie de la tumeur. Il eut des difficultés d'uriner et des accès de fièvre, et rendit pendant plusieurs jours des urines fortement teintes de sang. Toutefois, ces accidens se calmèrent, et au bout de huit jours je repris l'opération de l'arrachement. Elle fut continuée encore trois fois, toujours avec succès, c'est-à-dire qu'à chaque fois une portion de la tumeur était saisie, arrachée, et amenée au-dehors, avec l'instrument. Dans la dernière séance, à laquelle assistaient, entre autres médecins, MM. Baffos et Costello, le lambeau détaché du fongus eut beaucoup de peine à traverser l'urètre. Le malade s'en trouva fortement incommodé; il éprouva d'abord un grand frisson dans le bain qu'il prit immédiatement après. A ce frisson succédèrent des sueurs. L'accès fut long, et se reproduisit plusieurs jours de suite. L'émission de l'urine était douloureuse, et le liquide sanguinolent. L'urètre conservait une grande sensibilité. A la fin cependant, les accidens s'apaisèrent. Je fis deux explorations pour savoir s'il restait encore quelques parcelles du fongus. Mais il ne s'engagea plus rien entre les branches de l'instrument, bien que je tirasse avec assez de force sur la canule pour que ces branches fussent appliquées contre l'orifice interne de l'urètre. D'ailleurs, les mouvemens de la pince étaient plus libres, et j'aurais pu procéder de suite à la destruction de la pierre, si je n'avais craint que le passage répété des instrumens, celui des fragmens calculeux et les manœuvres de l'opération sur une surface qui venait d'être dénudée, ne produisissent trop d'irritation. Ce motif fut le seul pour lequel j'ajournai la lithotritie. Trois mois après, survint une fièvre typhoïde, à laquelle le malade succomba.

Quoique j'eusse jugé la tumeur fongueuse assez développée, je m'étais mépris à l'égard de son volume. En réunissant les diverses parties successivement arrachées et extraites,

j'obtins une masse qui ressemblait à une grosse noix. Rien n'est plus facile effectivement que de se méprendre, quand on veut juger du volume d'un fongus par la masse qu'il fait dans l'instrument après qu'on est parvenu à l'y incarcérer. Si la tumeur est molle, frangée, filamenteuse, une partie qu'il est impossible de déterminer peut se trouver en dehors des branches : celles-ci s'enfoncent dans la masse, de manière à la faire croire plus petite qu'elle n'est réellement. C'est ce qui arriva dans ce cas. D'ailleurs, on n'a pas la certitude qu'elle soit embrassée tout entière par le trilabe. Ce qui m'a frappé le plus dans cette opération, c'est le peu de douleur causée par l'arrachement d'une si énorme masse. Les accidens consécutifs qui eurent lieu dépendaient plutôt du passage dans l'urètre de la portion arrachée, dont le volume était considérable, que de l'arrachement lui-même. On les aurait prévenus si, au lieu d'amener cette portion au-dehors, on l'avait triturée dans la pince, comme on broie un fragment de pierre. Mais un excès de précaution me faisait craindre alors de laisser quelques portions détachées du fongus dans la vessie : cependant elles seraient sorties d'elles-mêmes avec l'urine, ou il aurait été facile de les extraire, ainsi que l'expérience me l'a bien prouvé depuis.

Ce fongus est le plus gros que j'aie extirpé du col vésical. Malgré les complications, malgré l'incertitude que le défaut d'expérience entraîne toujours, le résultat fut aussi satisfaisant qu'on pouvait le désirer, et quand le malade fut enlevé par la fièvre typhoïde, il ne souffrait pas plus qu'avant l'opération.

Le procédé de l'arrachement est beaucoup plus facile à mettre en pratique qu'on ne pourrait le penser. L'instrument à trois branches, tel qu'il est employé dans la lithotritie, sert pour cette opération. Seulement il faut avoir soin que le lithotriteur glisse avec beaucoup de facilité dans la canule de la pince ; car la résistance du fongus étant trop faible, et la rencontre de ces productions avec l'instrument ne procurant

qu'une sensation vague, on pourrait ne pas les sentir si le jeu de ce dernier n'était pas très libre. Mais on comprend combien il importe que le chirurgien soit exercé à la pratique de la lithotritie, et combien aussi il est nécessaire d'agir avec circonspection et ménagement.

Lorsque le fongus siège au col de la vessie, après avoir écarté les parois du viscère par une injection, on introduit le trilabe, on l'ouvre largement, et on le ramène à soi, comme pour le retirer. Le dos des branches s'applique contre l'orifice de l'urètre et contre la face interne de la vessie avoisinant le col; ces surfaces se trouvent alors tendues, écartées, par l'élasticité des trois branches de la pince. On imprime à l'instrument de légers mouvemens latéraux, pour s'assurer que l'une des branches ne s'applique pas sur la surface du fongus. Dès que la présence de celui-ci dans l'instrument est constatée, ce qui n'offre aucune difficulté, on rapproche les branches du trilabe, sans imprimer aucune secousse, dans la crainte de changer les rapports de la tumeur avec l'instrument. On maintient la tête du lithotriteur contre l'excroissance, mais sans pousser, et l'on continue de faire glisser la canule sur le trilabe, ou plutôt on tire en même temps sur celui-ci, jusqu'à ce qu'on sente de la résistance. Je ne parle pas de la sensation douloureuse qu'on croirait devoir résulter de là; en général, le malade souffre peu. Avant de serrer davantage, il est prudent de chercher à savoir si la tumeur a un pédicule, et si ce pédicule est long ou court, s'il est plus ou moins épais. Dans le premier cas, l'instrument qui embrasse la tumeur se meut avec facilité, et même d'une certaine étendue, sans abandonner le fongus. Dans l'autre, au contraire, ses mouvemens sont très bornés.

Je suppose qu'on a procédé avec tous les ménagemens convenables, que la vessie a été remplie de liquide, et qu'on n'a agi qu'au voisinage du col. On n'a point à craindre d'avoir

saisi les parois vésicales, qui sont tendues et éloignées des branches de la pince. Il n'y a non plus rien d'anormal au col de la vessie, qui puisse venir se placer entre les branches. On s'est assuré préalablement que l'intérieur du viscère ne présente aucun appendice, aucun vice de conformation. Par conséquent, il n'y a qu'une production morbide qui puisse se trouver ainsi engagée dans la pince. On peut donc serrer fortement celle-ci, toujours en maintenant l'appareil immobile au col de la vessie, condition indispensable pour que le fongus ne s'échappe pas. Les échelles placées à l'extrémité extérieure de l'instrument font connaître approximativement le volume de cette tumeur, dont on opère l'arrachement par une traction brusque en avant, lorsque la pince ainsi chargée peut traverser l'urètre, en arrière et vers le sommet de la vessie, dans le cas contraire. Ce dernier mode est généralement préférable. Le pédicule se trouve coupé, en quelque sorte, à mesure qu'il s'engage entre les branches de la pince, qui se touchent d'autant plus qu'on approche davantage du point où le trilabe rentre dans la gaîne. S'il est fort étroit, un très petit effort suffit pour le rompre. Dans deux cas analogues à celui que je viens de rapporter, et où il était plus large, il a opposé davantage de résistance.

Lorsque la tumeur du col vésical a une base large, on éprouve plus de difficulté pour la saisir. A mesure qu'on serre le trilabe, elle tend à s'échapper, et si l'on parvient enfin à la fixer, on trouve que l'instrument est presque immobile. La pression que le trilable exerce sur elle, cause plus de douleur ; quelquefois même le malade a de la peine à la supporter, et demande avec instance que l'on cesse. Il ne serait pas prudent alors de tenter l'arrachement, quand bien même la production ne s'échapperait pas du trilabe au moment où l'on tirerait. Si l'on croyait pouvoir opérer, il faudrait recourir à un autre procédé, celui de l'écrasement, qui, d'ailleurs, est d'une application plus sûre.

Ce procédé ne diffère du précédent qu'en ce qu'au lieu d'arracher le fongus, après l'avoir saisi avec la pince, on le broie en quelque sorte par la pression réunie des branches du litholabe et de la tête du lithotriteur. On se comporte alors comme s'il s'agissait d'un petit calcul ou d'un fragment de pierre. Seulement on serre sans déplacer l'extrémité vésicale de l'instrument, et en ayant soin de ne pas tirer sur le fongus, ce qui pourrait entraîner les inconvéniens que j'ai signalés en traitant de l'arrachement. En outre, la douleur serait d'autant plus vive qu'ici la traction, au lieu d'être brusque, s'exécuterait avec lenteur et durerait un certain laps de temps.

Le procédé de l'écrasement est celui que j'ai employé le plus souvent et avec le plus de succès. Mais il y a une précaution qu'on ne doit pas négliger : c'est de choisir un trilabe dont les mors aient beaucoup de résistance ; car, avant de faire agir le lithotriteur pour écraser la fongosité, il faut serrer celle-ci avec beaucoup de force, afin d'y détruire autant que possible la sensibilité et d'éviter des douleurs au malade. Peut-être serait-il avantageux, dans le cas de tumeur dure et à base large, de donner une sorte de tranchant aux côtés des branches du trilabe, pour que la portion saisie du fongus se détachât plus facilement : on pratiquerait de cette manière une espèce d'excision. Mais ce n'est là qu'une vue théorique, qu'on ne doit pas confondre avec le procédé dont l'expérience a constaté l'utilité pour les fongus pédiculés.

Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit ici d'une opération extrêmement délicate. Dans le cas de fongus à base large principalement, on est exposé à s'écarter des limites du mal ; et s'il y avait erreur, la vie du malade serait compromise. Cette pensée m'a détourné d'entreprendre l'opération dans le cas dont il s'agit.

Quand le fongus est pédiculé, on n'a rien à craindre de

semblable, et l'expérience m'a prouvé qu'on parvient à opérer avec toute la précision désirable; en effet, j'ai traité ainsi divers malades qui avaient en même temps la pierre et une excroissance fongueuse du col de la vessie. Dans plusieurs cas, le traitement a été commencé par l'écrasement du fongus, sans arrachement, sans extraction de la partie réduite en pulpe. Aussitôt que l'écrasement est terminé, je fais pivoter le lithotriteur, j'ouvre la pince, et, avant de la refermer pour retirer l'instrument, j'exerce des mouvemens de rotation, qui la dégagent du fongus. Je n'ai pas remarqué que celui-ci repullulât. Une fois détruit, il tombe et sort avec l'urine, ou bien on en fait l'extraction quelques jours après; le pédicule s'affaisse et s'atrophie, ou du moins on ne le sent plus, malgré tout le soin qu'on peut mettre à explorer le col vésical. Je citerai en entier le fait suivant.

Un tanneur, âgé de vingt-six ans, d'une constitution lymphatique, entra, en 1834, dans le service des calculeux. Quatre ans auparavant il avait été pris de dysurie, et cette infirmité, qui persista depuis, était attribuée par lui à la mauvaise habitude de retenir son urine pendant qu'il travaillait. Les accidens s'aggravèrent à diverses reprises, et il survint des hématuries. Le malade, ne pouvant plus uriner que goutte à goutte, et avec des efforts considérables, se fit admettre à l'Hôtel-Dieu. Pendant trois mois de séjour qu'il fit dans cet hôpital, on le soumit à l'usage permanent des sondes élastiques, dont le calibre fut graduellement porté jusqu'au n°11. Un catarrhe vésical des plus intenses se développa durant ce traitement, qui fut suspendu, et repris ensuite. Dans l'intervalle, on soumit le malade à l'usage des pilules de térébenthine, et l'affection catarrhale de la vessie diminua. Cependant comme ce traitement ne procurait la guérison ni de la dysurie ni du catarrhe, devenu chronique, on établit, à la partie gauche du périnée, un séton, qui n'eut pas plus de succès. Ce fut alors que le malade passa dans

mon service, à l'hôpital Necker. Voici quel était son état. Toutes les demi-heures, il éprouvait le besoin de rendre quelques gouttes d'urine, qu'il ne parvenait à expulser qu'avec des efforts inouïs, accompagnés de la sortie involontaire des matières fécales : il avait de la fièvre; la respiration et la parole étaient entrecoupées; il ressentait, derrière les pubis, de la pesanteur et une tension douloureuse au toucher; les traits, profondément altérés, exprimaient les plus vives angoisses : la nécessité d'uriner presque à chaque instant ne permettait aucun repos. L'ensemble de ces phénomènes était peu rassurant. Des bains de siège, la diète et le repos amenèrent un peu d'amélioration, qui permit d'explorer les organes urinaires. L'urine déposait en abondance des mucosités sanguinolentes. L'obstacle à sa sortie n'avait pas son siège dans l'urètre, car le cathétérisme ordinaire fit reconnaître que ce canal était libre. Plus d'une pinte d'urine fétide s'écoula par la sonde; la vessie avait une ampleur excessive; elle ne parvenait à se débarrasser de son contenu qu'avec une extrême difficulté; cet effet pouvait tenir ou à une faiblesse de contraction, ou à un obstacle au col, ou peut-être à la réunion des deux circonstances; c'est ce qu'il s'agissait de déterminer. Je fis pratiquer chaque jour des injections d'eau fraîche dans le viscère; je prescrivis des bains et des lavemens presque froids; j'eus soin que le cathétérisme évacuatif fût répété plusieurs fois dans la journée. Ce traitement fort simple détermina un prompt amendement; les urines cessèrent de déposer des mucosités, et reprirent leur limpidité normale : toutefois la vessie ne les chassait qu'incomplètement, même avec le concours des muscles abdominaux. Je fis faire alors des irrigations froides avec la sonde à double courant. Enfin, j'explorai de nouveau les parties. L'instrument lithotriteur fut introduit et ouvert dans la vessie, après que les parois du viscère eurent été distendues par une injection d'eau tiède. En promenant le trilable large-

ment ouvert sur la surface interne de l'organe, je ne découvris rien d'anormal. Je procédai alors à l'exploration du col par le procédé ordinaire, c'est-à-dire en tirant à moi l'instrument sans le fermer, de manière que les branches vinssent s'appliquer contre le pourtour du col; j'exécutai ensuite un mouvement de circumduction, pendant lequel une saillie s'engagea entre les branches et arrêta la rotation. Ce premier fait me prouvait qu'une tumeur anormale existait au pourtour du col vésical; mais il fallait en déterminer les caractères. Pour cela, je fis glisser la gaine sur le trilabe maintenu dans une immobilité absolue : à la première résistance je poussai le lithotriteur, qui me fit reconnaître dans la pince un corps saillant et mou, contre lequel on pouvait appuyer la tête du lithotriteur sans faire souffrir le malade. Je fermai davantage l'instrument, et lorsque la résistance me parut assez forte pour que la tumeur ne pût s'échapper, j'imprimai des mouvemens de va et vient, d'inclinaison à droite et à gauche. Ces divers mouvemens avaient assez d'étendue pour me démontrer que la tumeur était pédiculée; elle avait d'ailleurs peu de volume, ce que faisait connaître l'échelle du trilabe et surtout la profondeur à laquelle s'était enfoncé le lithotriteur. Le malade, qui ignorait l'opération pratiquée sur lui, avait peu souffert jusque-là, et javais pu sans difficulté acquérir toutes les notions qui m'étaient nécessaires. Ainsi, je savais que rien d'anormal n'existait à la face interne du corps de la vessie, et que la prostate se trouvait pour ainsi dire dans son état naturel; je savais, à n'en pas douter, que la tumeur était implantée sur l'angle antérieur du col vésical, et les mouvemens faciles du trilabe m'assuraient qu'elle était pédiculée. Je procédai à l'écrasement. Après avoir desserré la vis de pression, qui empêchait tout mouvement de la gaîne sur la pince, je tirai fortement sur celle-ci, en même temps que je poussais le perforateur, avec lequel j'exerçais des mouvemens de trituration. Tous les as-

sistans furent étonnés du peu de douleur que le malade ressentit pendant l'opération, qui n'exigea que quelques secondes. La tumeur, frappée de mort, fut expulsée le même jour avec l'urine; elle formait une masse longue de six lignes, sur trois d'épaisseur. Aucun accident ne survint : il s'écoula seulement un peu de sang avec les premières urines. Dès ce moment, le malade put uriner à plein canal et par un jet rapide. Quelque temps après, une autre tumeur fongueuse, analogue à la précédente, fut saisie et traitée de la même manière; elle demeura dans les branches de l'instrument, qui la ramena. Les fonctions de la vessie se régularisèrent; il resta néanmoins un peu de paresse, que je combattis par des injections froides. Le malade ne tarda pas à partir pour son pays, dans un état satisfaisant.

Le même procédé peut être employé dans l'intérieur de la vessie, lorsque l'excroissance fongueuse est molle, flottante et facile à déchirer. Parmi les malades que j'ai traités de cette manière, le cas le plus intéressant est celui qui est cité dans ma Lettre à l'Académie des sciences. C'est un fait remarquable, surtout relativement au volume de la tumeur que je parvins à détruire, et qui était grosse comme une petite noix. J'eus pour témoins un grand nombre de praticiens nationaux et étrangers, car il s'agissait d'une opération nouvelle, généralement regardée comme impossible, et à l'exécution comme au résultat de laquelle on prenait un vif intérêt. Il n'y eut pas d'accidens, et le malade guérit parfaitement.

Au lieu du trilabe on peut, au besoin, employer le lithoclaste, ou l'instrument courbe articulé. Deux fois je me suis servi avec succès du premier de ces instrumens. Mais, en général, je préfère le trilabe, parce qu'il met à même d'établir le diagnostic avec plus de précision, et de cette manière expose moins à commettre des méprises, qu'il faut d'autant plus soigneusement éviter qu'elles

pourraient devenir fâcheuses pour le malade. On comprend, en effet, que si, au lieu d'une excroissance fongueuse, on allait saisir une colonne charnue de la vessie, les conséquences seraient des plus graves. Les instrumens courbes rendent plus difficile de distinguer si la tumeur est pédiculée, ou si elle a une base large. Du reste, à quelque procédé qu'on ait recours pour l'extirpation ou l'écrasement des tumeurs fongueuses du corps de la vessie, il faut agir avec une délicatesse et un soin extrêmes, sans négliger une seule des précautions que j'ai indiquées.

Lorsque l'excroissance a son siège au col de la vessie, il serait imprudent de tenter une opération sans avoir préalablement écarté les parois de l'organe par une injection. Cette précaution devient plus nécessaire encore quand il s'agit d'opérer dans le bas-fond du viscère. On comprend sans peine qu'en cherchant à saisir une production fongueuse, on serait exposé à saisir les parois vésicales elles-mêmes, si elles n'étaient pas tendues, et si l'on n'avait point obtenu par ce moyen la certitude que rien de normal ne peut alors être en relief sur la surface interne de la poche urinaire. D'ailleurs, en opérant la vessie vide, ou même trop peu remplie, les difficultés ne seraient pas moins grandes que les dangers menaçans, et l'on se trouverait à-peu-près dans la même position qu'à la suite de l'opération de la taille.

Il faut se rappeler une circonstance, que j'ai déjà notée, et qui vient éclairer le praticien sur la nature de la production qu'il sent dans la vessie. C'est que certains fongus, du moins dans la partie la plus éloignée du point d'insertion, sont très mous, et présentent des appendices que le moindre frottement suffit pour détacher. Ces portions détachées sortent avec l'instrument, ou sont expulsées avec l'urine. On sait donc de quoi il s'agit. Voilà ce qui avait lieu dans un cas dont j'ai eu à m'occuper au moment même où je rédigeais ce travail. Après avoir détruit la pierre par les procédés de la

lithotritie, et pendant les explorations destinées à faire connaître si l'organe était entièrement débarrassé du corps étranger, je reconnus, dans son intérieur, plusieurs saillies qui ne se rapportaient à rien de normal. En cherchant à déterminer par le frottement s'il s'agissait d'excroissances ou de colonnes charnues en relief, je détachai une petite masse de tissu fongueux, que le malade rendit avec les premières urines. Cette circonstance m'éclaira sur la nature de la saillie que j'avais rencontrée. Mais le sujet était pressé de partir; il doit revenir à Paris s'il éprouve quelques dérangemens dans les fonctions de la vessie.

Je viens tout récemment encore d'avoir l'occasion de faire la même remarque sur un sexagénaire, qui éprouvait de fréquens besoins d'uriner, avec difficulté et douleur pour les satisfaire. L'urine s'écoulait quelquefois involontairement, surtout pendant la nuit; elle était tantôt teinte de sang et tantôt chargée de mucosités. Une première exploration me convainquit qu'il n'y avait ni pierre, ni tuméfaction considérable de la prostate, ni paresse de vessie. Une seconde, faite avec le lithoclaste, prouva en outre que l'organe n'avait rien perdu de sa capacité. Cependant les mouvemens d'inclinaison et de rotation de l'instrument étaient gênés, et ses mors embarrassés; je soupçonnai l'existence de touffes fongueuses analogues à celles que représente l'une des planches du précédent volume. Je saisis une de ces touffes, je la serrai fortement, et j'en fis l'extraction. Le malade éprouva peu de douleur, mais l'urine demeura sanguinolente une partie de la journée. La portion de fongus ramenée dans l'instrument, et qui formait une masse du volume d'une petite amande, ne laissait plus aucun doute sur la nature de l'affection. Pendant la journée, et celle du lendemain, d'autres portions de la même substance furent expulsées avec l'urine. Huit jours après, je fis une nouvelle séance, qui eut un résultat semblable, si ce n'est que le volume de la masse fongueuse extraite

dans l'instrument ou rendue avec l'urine fut moins considérable. Une troisième séance eut lieu au bout de cinq jours, avec le trilabe : d'autres portions de fongus furent saisies, détachées, et ramenées dans la pince ou rendues avec l'urine. Enfin, à une quatrième séance, je ne rencontrai plus que de très petits filamens, dont plusieurs vinrent avec la pince. Malgré les douleurs produites par les explorations et les tâtonnemens, le malade n'éprouva aucun accident grave : chaque fois l'irritation cessa dès le lendemain. A dater de la dernière opération, les besoins d'uriner devinrent moins fréquens et plus faciles à satisfaire. Toutefois la guérison n'est pas encore complète.

Chez les calculeux, c'est surtout pendant les dernières explorations, ayant pour but de constater la guérison après la lithotritie, que l'on reconnaît les petites excroissances fongueuses du corps de la vessie. Tant que la pierre existe, il est rare qu'elles se présentent dans l'instrument, à moins qu'elles ne soient volumineuses, et alors elles gênent la manœuvre au point qu'il convient de commencer par en pratiquer l'attrition. Toutefois cette règle n'est pas sans exceptions. Dans un grand nombre de cas, en effet, j'ai opéré la destruction de la pierre par les procédés de la lithotritie, bien que j'eusse constaté dès le principe l'existence d'un fongus plus ou moins volumineux ; plus d'une fois même, quand la santé générale était délabrée, je n'ai pas touché à la masse fongueuse, me contentant de conseiller des injections fréquentes et continuées pendant long-temps, afin de prévenir le retour de la pierre, toujours à craindre en pareille circonstance. On se guide alors d'après l'état général du sujet, celui des parties malades, la position, le volume et le mode d'insertion du fongus, enfin le plus ou moins de difficulté qu'il apporte à la manœuvre de la lithotritie. Je citerai à ce sujet le cas suivant :

Un adulte fortement constitué, mais épuisé par les dou-

leurs, souffrait horriblement depuis deux années. Les premiers symptômes furent vagues : on les combattit par divers moyens, qui demeurèrent sans effet. Deux praticiens, appelés en consultation, ne s'accordèrent pas ensemble sur la nature de la maladie, et le sujet vint à Paris réclamer mon avis. Il me fut facile de reconnaître un calcul, qui me parut peu volumineux, friable et facile à détruire par les procédés de la lithotritie; mais il y avait un catarrhe vésical très intense, l'émission de l'urine se faisait avec difficulté, lenteur et irrégularité ; il y avait fièvre, avec perte d'appétit et de sommeil; la prostate semblait avoir augmenté de volume. Malgré ces circonstances peu favorables, je n'osai pas proposer la taille, pour laquelle le malade m'avait déjà témoigné son invincible éloignement, et j'essayai la lithotritie, pour savoir au juste quel était le volume de la pierre. Je ne m'attendais pas à rencontrer en même temps une série de fongosités dans la vessie. La pierre fut cependant saisie et attaquée : elle était phosphatique. Les premiers fragmens que le malade rendit lui donnèrent du courage. Il fallut huit séances très courtes, et faites à d'assez longs intervalles, pour détruire le calcul et provoquer l'expulsion des débris. Cette dernière partie fut la plus difficile ; on aurait dit que les fragmens s'accollaient aux fongosités. Pour les déplacer, il me fallut exercer une sorte de grattement avec le lithoclaste à larges cueillers, et faire beaucoup d'injections coup sur coup, au moyen de la grosse sonde à grands yeux dont je me sers en pareil cas. Dans les dernières explorations, je sentais bien distinctement les inégalités, les saillies de la face interne de la vessie. Toutefois, je ne tentai pas de les saisir, parce qu'elles me parurent peu développées. D'ailleurs, l'amélioration de la santé générale et la diminution progressive du catarrhe, à dater du moment où il n'exista plus de pierre, me permettaient d'espérer qu'elles resteraient stationnaires, si même elles ne s'effaçaient peu-à-

peu. J'ajouterai que, comme elles étaient fort nombreuses, il aurait fallu multiplier les opérations, qui auraient présenté de grandes difficultés; le malade ne les aurait peut-être pas supportées. Je ne vois, en pareil cas, aucun inconvénient à différer, à s'abstenir même; à mesure que les faits se multiplient, ils me confirment de plus en plus dans cette opinion.

Ainsi, en ce qui concerne les très petits fongus de la vessie chez les calculeux, il y a une remarque importante à faire et qui doit servir de guide au praticien. Ces productions morbides sont presque toujours le résultat de la pierre; elles restent stationnaires, si même elles ne diminuent, dès que le corps étranger est enlevé, de manière qu'après avoir constaté la présence d'un ou plusieurs petits fongus dans les dernières explorations, il convient d'attendre quelques mois. Depuis que j'ai adopté cette marche, j'ai évité à plus d'un malade une opération qui m'avait d'abord paru nécessaire. Les excroissances se sont affaissées au point que, dans la plupart des cas, il en restait à peine des traces, et qu'à coup sûr je ne les aurais pas reconnues si je n'avais pas su d'avance quel emplacement elles occupaient. Je possède plusieurs faits de cette nature, qui confirment pleinement ce qu'avaient fait déjà pressentir quelques cas de taille dans lesquels on avait laissé subsister des tumeurs fongueuses considérables, sans que les malades éprouvassent rien. La marche du praticien est donc nettement tracée. Mais il ne doit pas perdre de vue son malade. Le cas est grave, si le fongus ne diminue point; si, au contraire, l'excroissance prend du développement et de la consistance, les jours de l'opéré sont compromis. Il importe donc d'être sur ses gardes, et de multiplier, au besoin, les explorations vésicales, car nous n'avons aucun moyen de déterminer *a priori* ce que la tumeur deviendra après l'extraction de la pierre. Du reste, à part les difficultés de l'opération et les conditions qu'elle exige de la part du chirur-

gien, la destruction des fongus de la vessie par arrachement ou par écrasement n'est ni aussi grave, ni aussi dangereuse qu'on pourrait le supposer au premier aperçu. Ce n'est même pas d'aujourd'hui que la question se trouve jugée sous ce point de vue. Depuis long-temps, en effet, on a vu des fongus être arrachés en partie ou en totalité dans les manœuvres de la cystotomie, et cependant les malades guérir. Des faits cités par Covillard et Desault l'attestent sans réplique. Quelques cystotomistes de profession, Baselhac, par exemple, ont même considéré cette complication comme peu importante. A la vérité, on connaît d'autres cas dans lesquels la cystotomie, avec extraction de pierre et arrachement de fongus, a été suivie de la mort; mais pourrait-on affirmer que l'issue fatale de l'opération dépendait du fongus? La taille est-elle du nombre de ces opérations dont le résultat doit être regardé comme à-peu-près constant, lorsqu'il n'existe pas de complications? Quoique les faits nouveaux soient peu nombreux encore, ils suffisent pour rassurer les esprits timorés. Plusieurs opérations ont été couronnées d'un succès complet; d'autres se sont terminées d'une manière moins satisfaisante; mais aucune encore n'a été fatale. Ici d'ailleurs, comme dans beaucoup d'autres cas chirurgicaux, la mort est souvent une coïncidence, plutôt qu'un résultat direct.

Dans quelques-uns des cas auxquels j'ai appliqué les moyens dont je viens de parler, la guérison a été complète; peu de jours ont suffi pour que les malades recouvrassent l'entière faculté de rendre naturellement l'urine et que tous les phénomènes morbides disparussent. Dans d'autres, ce double résultat est demeuré incomplet; les sujets ont mieux uriné, mais ils ont conservé de la gêne, de la douleur, des symptômes de catarrhe, des besoins fréquens d'uriner, de la lenteur pour y satisfaire. Faut-il en accuser ce qui était resté du pédicule de la tumeur fongueuse? Quelques observations

m'ont paru prouver qu'il en était ainsi. C'est dans ces cas principalement que les applications de nitrate d'argent sur le point où la tumeur avait son siège ont produit d'heureux résultats. Mais, comme dans la plupart des autres maladies du col vésical, il ne faut pratiquer que des cautérisations transcurrentes, très courtes, et séparées par de longs intervalles. Ce moyen a surtout réussi lorsqu'au lieu de véritables tumeurs isolées, parfaitement dessinées, et assez saillantes pour être saisies avec un instrument, il y avait au col de la vessie boursouflement de la membrane muqueuse et état fongueux plutôt que véritable fongus. Or, un tel état de choses n'est pas rare; la saillie qui en résulte est assez prononcée pour qu'on la rencontre avec le lithotriteur, mais trop faible pour que le trilabe puisse la pincer. Deux ou trois applications de nitrate d'argent m'ont assez bien réussi alors.

Je citerai à ce sujet le fait suivant. Un homme, éprouvant la plupart des symptômes propres aux calculeux, entre, au commencement de l'année, dans mon service, à l'hôpital. Après le traitement préparatoire d'usage, je m'assurai que sa vessie ne contenait pas de pierre; mais le trilabe me fit reconnaître qu'il existait, dans le voisinage du col vésical, de petites excroissances qui gênaient le mouvement de rotation de la pince, entre les branches de laquelle elles s'interposaient même, sans toutefois faire assez de saillie pour permettre de les saisir. Je fis, à l'orifice interne de l'urètre et au col vésical, dans l'étendue d'un pouce d'avant en arrière, une application de nitrate d'argent, à l'aide d'une bougie molle roulée dans la poudre de ce sel, sur une étendue d'un pouce, et à une pareille distance de son extrémité. Le malade souffrit peu pendant la cautérisation, mais il éprouva de vives cuissons, pour uriner, durant toute la journée; le calme se rétablit ensuite. Quatre autres cautérisations, faites de la même manière, amenèrent une amélioration progressive.

Qu'on se soit borné à arracher ou à écraser le fongus, qu'on l'ait cautérisé, ou qu'on ait successivement employé ces deux modes de curation, les heureux résultats qu'on obtient d'abord ne se soutiennent pas toujours, comme je l'ai dit. Au bout de quelques mois, les premiers symptômes reparaissent : il y a des besoins fréquens d'uriner, avec difficulté et douleur pour y satisfaire; les accidens névralgiques et ceux du catarrhe vésical surviennent. J'ai été appelé à explorer la vessie dans deux cas de ce genre; je n'ai pas reconnu que l'excroissance fongueuse se fût reproduite; l'irritabilité du col vésical était telle que les malades pouvaient à peine supporter le contact de la sonde. Dans l'un des cas, j'ai appliqué avec un succès complet le traitement des névralgies opiniâtres; dans l'autre, le malade a été soigné par un de mes confrères.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer ont dû faire pressentir que les nouveaux moyens dont j'ai proposé l'emploi pour le traitement des fongus, ne sont applicables qu'au début de la maladie, ou du moins lorsque la production morbide n'a pas pris un développement qui empêche d'introduire les instrumens dans la vessie et de les y manœuvrer. Pour juger ces moyens, il faut se borner strictement aux cas qui sont susceptibles de les admettre. C'est un écueil qu'on ne sait point toujours éviter en chirurgie. Soit que les indications n'aient pas la précision désirable, soit que des hommes inexpérimentés veuillent outrepasser les bornes qui ont été prescrites, il arrive bien souvent qu'on procède sans règle, sans méthode, sans discrétion, de sorte qu'on n'obtient rien de satisfaisant, ou qu'on nuit; puis l'on se hâte de juger et de condamner sur de si mauvais élémens. Ce qu'il y a de plus affligeant, c'est que les hommes graves ne savent pas toujours se garantir d'une telle légèreté. Il me serait facile d'ajouter à ces remarques des noms propres, qui leur donneraient plus de piquant; mais la science n'en retirerait au-

cun profit. J'ai dû seulement les placer ici, parce que les procédés à l'aide desquels j'ai proposé de combattre les tumeurs fongueuses du corps et du col de la vessie, spécialement celles qui sont pédiculées, n'ont point été accueillies d'abord avec une grande faveur. Quelques personnes, trop promptes à se prononcer, agirent à leur égard comme on avait fait envers la lithotritie, c'est-à-dire les renvoyèrent dans le pays des chimères, et n'épargnèrent pas les sarcasmes à l'auteur. Tout porte à croire que si l'application de ces nouveaux procédés avait pu se reproduire aussi souvent et avoir autant d'éclat que celle de la lithotritie, j'aurais eu de nouvelles luttes à soutenir. Il m'a été facile de démontrer que les détracteurs n'avaient pas même pris la peine d'examiner les moyens qu'ils critiquaient avec tant d'amertume. Dès qu'ils ont consenti à jeter les yeux sur un appareil de lithotritie, et à se rendre un compte exact de la manière dont il opère, ils n'ont plus eu de peine à comprendre qu'on peut reconnaître, saisir, arracher, écraser un fongus vésical pédiculé tout aussi bien qu'une pierre logée dans la cavité du viscère. Alors ils se sont rejetés sur les difficultés de l'opération, sur la finesse de tact qu'elle exige, sur les accidens qu'elle pourrait entraîner, n'étant pas faite convenablement. A tout cela, il était aisé de répondre; car les reproches adressés au nouveau procédé sont applicables à toutes les opérations chirurgicales sans exception. Toutefois, on ne saurait disconvenir qu'une plus grande somme de difficultés se trouve réunie dans ce cas. Aussi, tout en exposant les résultats que j'ai obtenus, je n'ai pas laissé ignorer ce qu'il m'avait fallu de recherches pour parvenir à opérer avec précision. Ce que j'ai fait, d'autres le feront : j'ajouterai qu'ils devront le faire. Quelque longue et fatigante que soit cette marche de tâtonnemens, c'est la seule qui conduise sûrement au but. Or, ce but est tel qu'il ne faut rien négliger pour l'atteindre; car soustraire un malheureux malade aux angoisses

que produisent certains fongus pédiculés, contre lesquels tout a été impuissant jusqu'ici, vaut bien la peine qu'on fasse quelques expériences.

Mais si l'on veut suivre, à l'égard de la nouvelle opération, la marche qu'on adopte trop généralement dans la chirurgie moderne, si l'on veut pratiquer une opération qu'on ne connaît pas, si l'on va manœuvrer au hasard dans une vessie malade, etc., c'est sur des revers qu'il faut principalement compter. Ceci n'est pas seulement un acte de légèreté, c'est une mauvaise action imputable au chirurgien.

Ceux qui se sont tenus au courant de l'histoire de la lithotritie ont dû être frappés d'une circonstance vraiment singulière. Durant une période d'environ quinze années, chaque travail nouveau que j'ai présenté sur les maladies de l'appareil urinaire a tellement fixé l'attention de M. Leroy, que, peu de jours après, on l'a vu adresser, soit aux journaux, soit aux académies, une communication ou un mémoire sur le même sujet. La même chose ne pouvait manquer d'avoir lieu pour le nouveau traitement des fongus vésicaux. Un tel empressement à reproduire mes travaux m'aurait beaucoup flatté sans doute, si M. Leroy n'avait suivi, dans cette circonstance, la marche qu'il a adoptée dès le début de sa carrière. Pour mieux faire ressortir ce qu'il avait intention de produire, il a exposé inexactement ce que j'avais fait. Je lui laisse bien volontiers tous les avantages qu'il a cru pouvoir retirer d'une manière si insolite de procéder ; mais mon devoir m'oblige de déclarer formellement qu'il m'a prêté des idées exclusives que jamais je n'ai professées. Jamais, en effet, je n'ai dit qu'il fût possible d'arracher et de triturer tous les fongus, ni que l'opération dût être considérée comme parfaitement innocente, ni enfin qu'il fallût y avoir recours dans tous les cas. J'ai indiqué et je viens de rappeler les circonstances où l'on peut recourir à ce moyen curatif avec des chances probables de succès. Je n'ai jamais dit que les

fongus vésicaux compliquant l'affection calculeuse fussent un obstacle absolu au broiement de la pierre. J'ai dit, et les faits que j'ai publiés, faits que M. Leroy rappelle en les interprétant d'une manière inexacte, prouvent que cette complication est plus ou moins défavorable, et que, quand elle coïncide avec d'autres dispositions également fâcheuses, la lithotritie peut se trouver contre-indiquée. Mais j'ai rapporté d'autres faits, et ceux-là M. Leroy les passe sous silence, qui établissent que, dans beaucoup de cas, j'ai opéré la destruction de la pierre malgré l'existence de fongus. Par quels motifs mon confrère ne cite-t-il que ceux qui paraissent favorables à l'opinion qu'il veut accréditer, et passe-t-il sous silence ceux qui démontrent le contraire? Aurait-il voulu, ce qui semble ressortir de quelques passages de son livre, faire voir que mes opinions sur le traitement des fongus diffèrent aujourd'hui de ce qu'elles étaient au début de ma pratique? Mais on ne conçoit pas quels seraient le but et la portée d'une telle insinuation, à moins que M. Leroy n'eût la singulière pensée qu'un chirurgien ne doit jamais changer ni perfectionner les procédés opératoires qu'il a imaginés ou adoptés; opinion doublement étrange d'ailleurs chez un homme qui tant de fois a fait preuve de versatilité. C'est une chose vraiment affligeante qu'il y ait des hommes dont la vie se passe à chercher les moyens de dénaturer ce que les autres font. M. Leroy s'est donné cette mission il y a environ quinze ans, et il la poursuit avec une constance et un courage qui, je l'espère, ne trouveront pas d'imitateurs.

Les nouveaux procédés que j'ai décrits ne sont applicables, je le répète, qu'aux cas de petits fongus, ceux surtout qui reposent sur un pédicule. Lorsque les tumeurs ont acquis un grand développement, elles repoussent l'emploi de ces moyens; elles s'opposent à l'introduction des instrumens avec lesquels on pourrait les attaquer, ou même seulement

les reconnaître. Ce que le praticien doit chercher alors, c'est de remédier aux difficultés d'uriner que le fongus détermine trop souvent, soit par l'irritation ou la phlegmasie qu'il produit au col vésical, soit lorsqu'il vient à obstruer l'urètre, ou à en changer tellement la direction, que le liquide contenu dans la vessie ne peut être expulsé. Ici se présentent des circonstances graves qui méritent au plus haut point de fixer l'attention du praticien. Avant la découverte de la lithotritie, les ressources de l'art n'avaient pas d'autre portée que de faire cesser temporairement la rétention d'urine; les faits enregistrés dans nos annales constatent et les difficultés que l'on rencontrait, et le peu de succès qu'on obtenait, et les désordres auxquels trop souvent on donnait lieu. Ce qui constituait alors la pratique générale, se réduit aujourd'hui à un petit nombre de cas exceptionnels et à ceux dans lesquels on a laissé prendre à la maladie un très grand développement; mais ces cas, tels qu'ils se présentent, forment l'une des plus tristes pages de la chirurgie.

La conduite à tenir, dans ces graves circonstances, est à-peu-près la même que celle que j'ai indiquée au traitement des engorgemens considérables de la prostate. Il serait inutile de reproduire ici les développemens dans lesquels je suis entré, page 342 et suivantes, de la deuxième partie de ce Traité, relativement à la courbure, à la grosseur, à la longueur des sondes, et à la manière de les introduire. Il faut se rappeler seulement que, dans les cas de fongus au col vésical, la déviation, la déformation du col de la vessie, mettant obstacle au passage de l'instrument, se trouve, en général, plus en arrière que lorsqu'il s'agit de la tuméfaction prostatique; souvent on retrouve aussi, dans ces cas, le refoulement du col vésical, qui donne, à la partie profonde de l'urètre, une longueur hors de toute proportion avec ce qu'on observe dans l'état normal. Aussi voyons-nous les praticiens les plus expérimentés, Chopart entre autres,

prendre alors des algalies fort longues. Mais ce n'est pas seulement la longueur qu'il faut rechercher; un certain degré de grosseur et de courbure est également indispensable. Chopart conseillait de donner à la sonde un peu moins de volume et de courbure qu'à l'ordinaire. A la vérité, il avait en vue, du moins dans quelques cas, de perforer la tumeur du col vésical; mais il faut convenir qu'on ne pouvait pas être plus mal inspiré quant à la courbure de l'instrument, puisque l'état morbide qui nous occupe exige, au contraire, qu'on augmente la courbure des sondes ordinaires.

Les explorations qu'on a faites ont appris que l'obstacle est à une grande profondeur, et à une distance telle que la sonde se trouverait dans la vessie s'il n'existait une disposition morbide au col du viscère. Elles ont fait connaître dans quel sens s'est opérée la déviation. On sait de même si cette déviation est brusque ou lente. Ces différentes données tracent jusqu'à un certain point la conduite à tenir. La sonde étant arrivée à l'obstacle, on en dirige l'extrémité de manière à contourner la tumeur plutôt qu'à butter contre elle. Il faut donc chercher moins à pousser la sonde qu'à l'incliner dans le sens utile: il faut l'appuyer avec lenteur, sans brusquerie, sans violence, sans secousse; on évite avec grand soin de la retirer, de la repousser, ce qui n'est que trop dans les habitudes des chirurgiens. C'est en procédant de la sorte que je suis constamment parvenu à la placer dans la vessie, sinon sans douleurs, quoiqu'elles soient généralement légères, du moins sans produire de désordres.

Nous avons vu, en traitant des engorgemens de la prostate, qu'on faisait souvent fausse route au col de la vessie. Les cas de fongus offrent des exemples non moins nombreux de cet accident, avec lequel plusieurs praticiens s'étaient familiarisés au point de l'ériger en précepte, allégation soutenue encore aujourd'hui par des hommes qui font

autorité. C'est donc ici le cas d'ajouter quelques remarques à ce que j'ai déjà dit sur ce sujet. Commençons par exposer les faits, en notant d'ailleurs que, dans plusieurs cas, on a présenté comme fongus ce qui n'était qu'une lésion de la prostate.

Lafaye fut appelé pour sonder Astruc affecté de rétention complète d'urine. N'ayant pu parvenir dans la vessie avec la sonde ordinaire, ce chirurgien transperça, au moyen d'une sonde à dard, une tumeur qu'il avait reconnue au col vésical, et qui s'opposait au passage de l'algalie. Le succès couronna son entreprise; on retira le dard, et l'urine s'écoula. Au bout de quinze jours, on remplaça la sonde par une plus grosse. Bientôt l'urine commença à couler entre l'instrument et le canal. Plus tard encore, Astruc put uriner sans sonde; on n'introduisait celle-ci que matin et soir, pour vider entièrement la vessie. Cependant il survint de nouvelles rétentions d'urine. Lafaye seul pouvait faire pénétrer une sonde, dont il dirigeait l'extrémité un peu à gauche, lorsqu'elle était parvenue à l'obstacle. Le malade vécut dix ans dans cet état. On trouva, après sa mort, un fongus sarcomateux, dur, résistant, de la grosseur du poing, dont les deux tiers se voyaient dans la cavité de la vessie, et l'autre tiers s'étendait dans le col, vers le *veru montanum*. Lafaye reconnut la fausse route qu'il avait faite avec la sonde sur la partie latérale gauche de cette tumeur, et par laquelle l'urine s'écoulait.

Chopart, qui rapporte ce fait, en cite quelques autres, dont voici l'aperçu :

Appelé pour sonder un homme de soixante-douze ans, attaqué de rétention d'urine, et chez lequel aucune tentative de cathétérisme n'avait été faite, Chopart s'assura que l'urètre était libre, et que l'obstacle résidait au col de la vessie. Il prit une sonde très longue, moins courbée et plus mince qu'à l'ordinaire, et l'enfonça avec force dans la direction du

canal urinaire. L'instrument pénétra dans la vessie ; il sortit peu de sang et une grande quantité d'urine rougeâtre, de mauvaise odeur. Le malade souffrit beaucoup. Le lendemain, l'urine devint plus sanguinolente ; il y eut de la chaleur et de la douleur dans le bassin, de la fièvre, de l'agitation. Malgré les soins les plus appropriés, les symptômes s'aggravèrent ; le ventre devint tendu et douloureux ; il s'y joignit des hocquets, des vomissemens, du délire, et le malade succomba au douzième jour. On trouva, vers la partie moyenne du trigone vésical, un fongus sarcomateux, du volume d'un œuf de poule, dur, immobile, qui se prolongeait dans le col du viscère et le bouchait. Cette tumeur avait été percée par la sonde, à sa partie supérieure et latérale droite, dans l'étendue d'un pouce et demi. Le trajet de l'urètre se continuait du même côté que la fausse route ; mais un peu plus bas, à six lignes de distance, il était si étroit qu'à peine un stylet y pouvait passer. La dissection de la tumeur montra une substance fibreuse, cellulaire, blanchâtre, continue avec les tuniques du trigone et la partie supérieure de la prostate, qui avait le double du volume ordinaire et une dureté très grande.

Dans un autre cas, on découvrit, de chaque côté de la crête urétrale, une ouverture qui conduisait à un canal commun traversant la partie moyenne de la prostate, à la distance de deux lignes de l'urètre, et allant s'ouvrir dans la vessie, derrière une fongosité qui existait au sommet du trigone. Cette fausse route, que Chopart paraît considérer comme étant naturelle, passait au-dessous d'une bride membraneuse mince, dirigée transversalement, et d'une ligne et demie de long ; c'est le repli dont j'ai parlé plus d'une fois. Le même sujet portait une autre fausse route incomplète : celle-ci commençait à la partie membraneuse de l'urètre, et se continuait à travers l'épaisseur de la prostate, dans l'étendue d'un pouce et demi ; il n'y avait plus que qua-

tre lignes de la glande à traverser pour qu'elle s'ouvrît dans la vessie. Du reste, la prostate avait le double de son volume ordinaire, mais elle paraissait saine d'ailleurs.

Un religieux sexagénaire eut une rétention d'urine. On appela le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, qui le sonda, mais retira l'instrument après avoir vidé la vessie. La rétention se reproduisit le même jour, et il fut impossible de replacer la sonde. Le frère Côme, dont l'assistance fut réclamée, reconnut qu'on avait fait fausse route : il parvint cependant à remettre l'instrument en place. Le malade survécut plusieurs années. A sa mort, on découvrit un canal artificiel, qui s'ouvrait dans la vessie près de son col, et dans l'urètre vers sa partie membraneuse. Ce canal, résultat de la fausse route, s'étendait entre la prostate et le rectum. Le conduit naturel n'était cependant pas effacé. Il paraît que l'urine se partageait entre les deux voies.

A ces faits anciens j'en ajouterai un fort curieux tiré de la pratique de M. Leroy. Comme il me sera nécessaire de le citer encore à l'article du cancer vésical, je ne rapporterai ici que ce qui concerne la fausse route. Il s'agit d'un Espagnol qui éprouvait depuis long-temps des difficultés d'uriner, et qui eut même des rétentions complètes d'urine. Ce malade fut mis à l'usage de la sonde, qu'il apprit à introduire lui-même. Mais un moment arriva où les difficultés augmentèrent. On crut reconnaître dans la vessie une tumeur fongueuse, à laquelle on attribua les désordres. Plus tard, on s'aperçut de l'existence d'une pierre. M. Leroy essaya de la broyer, mais il y renonça après plusieurs tentatives. Au bout de quelque temps le malade mourut. On trouva la prostate tuméfiée, dure, squirrheuse. Sur cette glande était implantée une tumeur du volume d'un œuf. Il y avait trois fausses routes conduisant dans la vessie, l'une au-dessus de la prostate, et les deux autres traversant cet organe. Le véritable canal était au-dessus, et fortement déjeté à gauche.

M. Leroy paraît n'avoir ni reconnu l'état de la prostate avant de procéder à l'opération, ni les fausses routes lorsqu'il tenta la lithotritie ; ce qu'on a de la peine à concevoir, car l'instrument devait présenter des inclinaisons différentes selon qu'il suivait l'une ou l'autre des quatre voies, et arriver dans la vessie à des points divers. Mais l'auteur ne dit rien des dispositions que ces fausses routes présentaient, soit dans leur trajet, soit à leurs orifices. On le regrette d'autant plus que le fait lui-même est plein d'intérêt, en raison des diverses circonstances qui s'y rattachent.

Les praticiens, pénétrés des inconvéniens et des dangers des fausses routes au col de la vessie, ont proposé divers moyens pour les reconnaître et les éviter. Ecoutons d'abord Chopart, qui dit qu'en introduisant le doigt dans le rectum, il a reconnu la sonde engagée entre cet intestin et la prostate, et qui assure être parvenu à dégager l'instrument de la fausse route : « En le portant au-devant de la glande, je tâ-« chai de la percer ou d'y frayer une voie le long de sa par-« tie supérieure et du col de la vessie, pour parvenir dans la « cavité du viscère ; tous mes efforts furent infructueux ; je « retirai la sonde, qui avait augmenté de courbure par ces « tentatives. » Ce n'est pas sans dessein que j'ai cité textuellement, car il est question d'un grand praticien et d'un cas très grave. L'auteur nous dit avoir pu distinguer, à l'aide du doigt introduit dans l'anus, que la sonde s'engageait dans une mauvaise voie, entre le rectum et la prostate. Il a donc dû, tout en employant une grande force pour la faire pénétrer, lui imprimer une bien mauvaise direction. C'est là une erreur grave de la part d'un chirurgien si habile, car il ne s'agit de rien moins que d'un long intervalle entre la véritable direction du canal et le chemin qu'avait pris la sonde, mais à l'égard duquel on ne sait rien de positif, l'auteur n'en parlant pas lorsqu'il trace le récit de l'ouverture du corps. Si Chopart a pu se tromper ainsi, à quoi ne doivent pas être ex-

posés les jeunes praticiens sans expérience, mais auxquels la hardiesse manque rarement ?

Je l'ai dit ailleurs, mais on ne saurait trop le répéter : le doigt introduit dans l'anus suffit pour éclairer le praticien, tant que la sonde se trouve dans la partie membraneuse de l'urètre, de sorte que c'est une précaution qu'on ne doit jamais négliger. Mais une fois que l'instrument s'engage dans la portion prostatique du canal, si la glande est tuméfiée, dure, volumineuse, le doigt ne donne plus aucun renseignement, à moins que l'algalie ne se soit fourvoyée entre la prostate et le rectum. Dans les cas de fongus, que l'on confond si souvent avec les engorgemens prostatiques, le toucher par le rectum est encore moins sûr : car la tumeur qui met obstacle à l'introduction de la sonde se trouve plus en arrière et au-dessus de la glande, dont l'état morbide n'est qu'une circonstance éventuelle et accessoire.

On ne saurait trop se pénétrer de cette vérité, que le changement de direction de l'orifice interne de l'urètre est la cause des difficultés, et qu'il faut plutôt faire suivre la nouvelle direction à la sonde, que chercher à forcer l'obstacle dans le sens de la direction normale du canal, comme le recommandent à tort la plupart des écrivains. Il suffit de se représenter les effets que les tumeurs produisent à l'orifice interne de l'urètre, pour sentir les vices de cette dernière pratique. Les conseils des auteurs mènent nécessairement à faire fausse route.

Une fois que la sonde est parvenue dans la vessie, le malade se trouve instantanément soulagé des angoisses de la rétention d'urine, et si le cathétérisme a eu lieu sans causer de désordres, il est rare de voir survenir des accidens graves. On laisse l'instrument en place pendant plusieurs jours, en ayant soin de le fixer d'une manière très solide; car la convexité de sa courbure refoule la tumeur en arrière et en bas, et, en se redressant, elle tend à faire sortir la sonde de la ves-

sie. Ce dernier phénomène, dont le mécanisme est facile à concevoir, a beaucoup de portée quant à l'appréciation rigoureuse de chaque cas particulier. Il prouve que la tumeur a du volume et de l'élasticité, et ce qui est plus significatif, il a lieu avec d'autant plus de promptitude que la masse fongueuse est située plus en arrière et pèse sur la face inférieure de la partie courbe de l'instrument ; car si son action s'exerçait sur la partie droite de celui-ci, elle ne tendrait pas à le chasser, puisque son effort serait dirigé uniquement de bas en haut, au lieu de l'être en même temps d'arrière en avant, comme dans le premier cas.

Au bout de trois jours, on remplace la sonde métallique par une autre en gomme élastique, de volume à-peu-près semblable. Il est très rare qu'on éprouve des difficultés pour introduire cette dernière, pourvu toutefois qu'on ne laisse pas s'écouler trop de temps entre le retrait de l'algalie et l'introduction de la sonde flexible, qui est munie d'un mandrin à courbure petite, mais brusque. A dater de ce moment, on change la sonde tous les huit ou dix jours, et plus fréquemment si elle s'encroûte de dépôts urinaires. L'introduction devient de plus en plus facile, et le séjour de l'instrument de moins en moins pénible pour le malade : l'irritation, la fièvre, le catarrhe, etc., qui existaient dans les premiers temps, disparaissent, l'urine reprend ses qualités naturelles, si la vessie possède une certaine puissance d'expulsion, le liquide sort entre la sonde et le canal, et bientôt le malade recouvre la faculté d'uriner naturellement. On se conduit comme je l'ai dit en parlant des maladies de la prostate.

Ce sont là les cas les plus simples et les plus heureux. La tumeur s'est affaissée par la pression que la sonde a exercée sur elle; le cours de l'urine s'est rétabli, probablement aussi par la modification que sa présence a fait subir au mode de vitalité du col et du corps de la vessie. Laissons toutefois les explications de côté : ce qu'il y a d'important, c'est que le fait a lieu, et que

même il n'est pas rare. Le malade se croit donc guéri. Mais il ne faut pas le perdre de vue, car à tout instant il peut être pris d'une nouvelle rétention d'urine. Le liquide forme d'ailleurs des dépôts qu'on doit étudier avec d'autant plus de soin, que c'est par eux qu'on juge du degré d'irritation ou de phlegmasie de la membrane muqueuse vésicale. J'ai sous les yeux un grand nombre d'hommes que j'ai traités de cette maladie, et chez la plupart desquels je suis parvenu à rétablir l'excrétion naturelle de l'urine; mais je ne cesse de les observer. S'ils voyagent, ce n'est jamais qu'avec de grandes précautions. Presque tous ont appris à se sonder au besoin avec des sondes courbes sans mandrin. Dans le cas où des difficultés d'uriner surviendraient à l'improviste, il y aurait moins de danger à ce que le malade se servît lui-même de la sonde flexible, qu'à ce qu'il réclamât les soins d'un praticien peu exercé, qui, ignorant la nature de l'obstacle et la direction anormale du col vésical, serait fort exposé à produire des désordres.

Dans quelques cas d'affection plus ancienne, avec atonie considérable des parois vésicales, le cours normal de l'urine ne s'est pas rétabli, et les sujets ne sont parvenus à se débarrasser du liquide qu'en portant une sonde à demeure, où en se sondant chaque fois que le besoin se manifestait. Ce dernier mode mérite la préférence ; malheureusement il n'est pas toujours applicable.

On ne perdra cependant pas de vue que, même dans les cas les plus simples, les choses ne se passent point toujours comme je viens de le dire. Il peut survenir, en effet, toutes les particularités que j'ai signalées en exposant le traitement des maladies de la prostate et des coarctations urétrales par les sondes à demeure.

Lorsque, par suite de difficultés imprévues ou de manœuvres violentes et hasardées, on n'est parvenu dans la vessie qu'en se frayant une voie artificielle à travers la prostate ou

le fongus, la mort du malade peut s'ensuivre, ainsi que le constatent des faits nombreux, parmi lesquels je citerai le suivant, d'après Chopart. Trois jours après l'introduction d'une sonde d'argent, il survint, de chaque côté de la verge, près du pubis, une tumeur dure, rénitente, située dans les corps caverneux ; la peau qui la couvrait était mobile. Deux jours plus tard, la verge entière se tuméfia, le gonflement gagna l'hypogastre, et il s'établit du ténesme. On remplaça l'instrument en métal par un autre flexible ; mais la tuméfaction du pénis persista, le cours du liquide devint moins libre, le liquide ne s'écoula plus que goutte à goutte. Au quinzième jour, les accidens se calmèrent, et l'urine passa entre la sonde et le canal ; seulement l'urètre était dur, surtout au gland et au périnée; on retira l'instrument. L'urine, qui s'échappa d'abord avec facilité, finit par s'arrêter ; le périnée et le scrotum s'infiltrèrent ; on ne put remettre la sonde en place; du pus et de l'urine furent rendus par l'urètre ; le dévoiement, la fièvre et les convulsions précédèrent la mort. Entre autres lésions, on découvrit, à un demi-pouce de l'orifice du col vésical, près de la base du trigone, une ouverture par laquelle un stylet pénétrait, à travers la prostate, jusqu'à la partie antérieure de cette glande et à la région membraneuse de l'urètre, où existait une crevasse. Le scrotum, la verge, le périnée étaient infiltrés d'urine, et présentaient des foyers purulens. La prostate avait trois pouces de long, sur deux d'épaisseur; son tissu était mollasse et infiltré d'une matière roussâtre. Le trajet de la fausse route était noirâtre, livide et putréfié. La dureté du corps de la verge provenait d'une infiltration d'humeur visqueuse, plus épaisse dans les corps caverneux que dans les tuniques de l'urètre et la substance du gland.

Toutefois cette fâcheuse terminaison n'est pas inévitable. Quelques malades, à l'exemple d'Astruc, recouvrent, sinon une santé parfaite, du moins une existence supportable.

Mais une période critique sépare l'accident du rétablissement. C'est dans ces cas surtout qu'on voit survenir les désordres dont nos prédécesseurs ont tracé un si véridique tableau, et qui entraîne trop souvent des suites graves. C'est alors aussi que se manifestent des dépôts urineux au périnée, dans le petit bassin ou sur le trajet de l'urètre, des phlegmasies des testicules et de leurs dépendances, etc. Quelquefois même il y a infiltration d'urine, comme j'ai été deux fois en position de m'en convaincre. Mais, dans certains cas aussi, le travail inflammatoire s'accomplit sans qu'on parvienne à découvrir la moindre trace d'épanchement urineux.

On observe de nombreuses différences dans l'émission de l'urine, lorsque les malades recommencent à la rendre naturellement, et dans cette circonstance, comme dans une foule d'autres, on peut apprécier la portée de l'influence que l'action vitale du col et du corps de la vessie exerce sur les reins; car, évidemment, on ne saurait attribuer ces variations dans la quantité du liquide rendu à l'action mécanique de l'obstacle, du moins lorsqu'il s'agit d'une de ces tumeurs anciennes, dures, squirrheuses et à base large, qui restent stationnaires. Il n'est pas dans leur nature de produire les effets variés qu'on remarque alors. Ce qu'il est surtout nécessaire de ne pas perdre de vue, c'est qu'on voit fort souvent l'urine couler en apparence aisément, mais involontairement. Or c'est là un cas fort insidieux, car le flux n'a lieu que par regorgement, le trop-plein seul est expulsé, et la vessie demeure distendue. Je démontrerai ailleurs que c'est là une cause des plus grands désordres; ici je me contenterai d'en citer un exemple, emprunté à Fabrice de Hilden.

Un homme affecté de rétention d'urine, avait le ventre dur, tendu, résistant, et distendu comme celui d'une femme enceinte. La sonde évacua cinq livres quatre onces d'urine. On négligea le lendemain de la réintroduire, et il n'y eut pas d'excrétion. Les jours suivans, l'instrument fit sortir chaque

fois une quantité considérable de liquide, tantôt du sang, tantôt du pus. Au bout de quelque temps, il ne fut plus possible de le porter dans la vessie. On eut recours aux lavemens, aux fomentations, aux demi-bains : l'urine parut. On administra deux gros de térébenthine : il sortit avec l'urine une matière blanche, épaisse et très solide. Cependant la région hypogastrique était élevée et dure, ce qui persista durant quinze jours ; après quoi la tumeur s'affaissa, l'urine redevint claire et moins fétide, et sortit sans difficulté, mais involontairement. Une petite diarrhée éclata, et dura quatre jours : les urines s'écoulèrent ensuite par l'anus, tantôt seules, tantôt mêlées aux excrémens, et il n'en sortit plus par l'urètre. Du reste, il n'y avait pas de douleurs ; les forces et l'appétit se soutenaient; mais le malade les perdit tout-à-coup, et mourut. A l'ouverture du corps, on trouva dans la vessie une tumeur squirrheuse, adhérente à son col, du volume d'un œuf de poule et du poids de deux onces. Au-dessous de cette tumeur, était un ulcère rond, qui faisait communiquer la vessie avec le rectum. Cet intestin, ainsi que le col vésical, était livide. Les deux reins, très volumineux, étaient parsemés de vésicules pleines de sérosité.

Si l'on ne pouvait parvenir à introduire la sonde dans la vessie, ce qui est arrivé à des praticiens fort habiles, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer la ponction, comme le fit Agasson, qui ne trouva pas d'autre moyen pour faire cesser la rétention d'urine. Ces cas appartiennent d'ailleurs à la catégorie de ceux dont j'ai parlé dans d'autres chapitres. Ce qu'il faut avoir en vue ici, ce n'est pas la tumeur fongueuse du col vésical, c'est la rétention d'urine, et, malgré tout ce qu'on a pu dire en faveur du transpercement de cette tumeur, je ne balance pas un seul instant à conseiller de préférence la ponction. Il faudrait y recourir, ne fût-ce que pour se donner le temps de pratiquer le cathétérisme dans des circonstances plus opportunes ; car on n'échoue souvent, en

pareil cas, que parce qu'il y a urgence de faire uriner le malade. Il en est des fongus comme des maladies de la prostate, et de presque tous les états morbides qui entraînent la rétention d'urine : à l'obstacle matériel se joint un effet de contraction, qui aggrave les difficultés, qui peut même en être la principale source. Or, l'expérience a prouvé que, quand on a du temps devant soi, on parvient généralement à écarter ces sortes de difficultés.

Lorsque le chirurgien a dissipé les premiers accidens et rétabli temporairement les fonctions de la vessie, quelle marche lui reste-t-il à suivre? En abandonnant la maladie à elle-même, il s'expose à voir la rétention d'urine reparaître. Suivra-t-il le conseil de Platner, reproduit par M. Warren, de pratiquer la cystotomie pour faire l'extirpation du fongus? Essaiera-t-il de détruire la tumeur par les procédés que j'ai décrits? Il n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire de résoudre ces questions. Plusieurs faits anciens, et d'autres que la pratique amène souvent sous nos yeux, prouvent que les tumeurs fongueuses du col vésical restent longtemps stationnaires, et que le malade n'a que peu de précautions à prendre pour conserver la faculté d'uriner, sinon très bien, du moins passablement. L'introduction de la sonde, une ou plusieurs fois par jour, et quelques injections d'eau fraîche, font la base du traitement spécial. Certains hommes supportent la sonde à demeure, pour ainsi dire impunément, pendant longues années. Dans ces divers cas, il y aurait plus que de la témérité à tenter des moyens violens et dont le résultat est fort incertain. Quant aux nouveaux procédés, la pratique n'a point prononcé. Je n'ai encore attaqué que deux fongus volumineux, l'un au col, et l'autre dans le corps de la vessie. On a vu les détails de ces faits. L'évènement donne à penser que la nouvelle méthode perdait alors la plupart de ses avantages. Quant à la cystotomie, il se trouvera sans doute peu de chirurgiens qui se décident à la pratiquer

uniquement pour tenter la destruction d'une tumeur sur le compte de laquelle on ne saurait acquérir préalablement que des notions insuffisantes, et qui pourrait bien se montrer rebelle à tel point qu'on aurait fait la taille en pure perte. Il n'en est pas de cette opération comme de la lithotritie : on ne peut tenir les parois de la vessie écartées, de manière à manœuvrer aisément dans le viscère; une fois l'incision faite, l'urine ou l'injection s'écoule, et les parois, en se contractant, s'appliquent sur la tumeur, qu'elles enveloppent et coiffent, rendant ainsi très difficile de la lier ou de l'exciser sans les intéresser elle-même. Ajoutons encore que la situation de cette tumeur la met, pour ainsi dire, hors de la portée des doigts. Qu'il opère par le périnée ou l'hypogastre, le chirurgien ne s'ouvre jamais qu'une voie étroite ; il serait donc réduit à s'armer d'instrumens, et ceux-ci sont presque toujours impropres à lui transmettre les sensations avec toute l'exactitude désirable. Au reste, la question est déjà jugée par l'expérience ; car nous connaissons les résultats auxquels on est arrivé lorsque après avoir pratiqué la taille pour enlever une pierre, on a tenté l'extirpation des fongus qui accompagnaient le corps étranger. Ces résultats ont été généralement peu favorables.

J'ai dit que la présence d'une pierre dans la vessie était une des causes les plus puissantes des fongus de cet organe, spécialement de son col. En effet, les calculs et les excroissances fongueuses existent fort souvent ensemble. J'ai cité plusieurs cas de ce genre, tant dans ma seconde Lettre que dans le Traité de l'affection calculeuse. Dans l'un des plus remarquables parmi ceux dont nous possédons la relation, la pierre présentait des excavations profondes, correspondant à deux tumeurs fongueuses du col vésical. On voit, dit Chopart, des fongosités vasculaires s'insinuer entre les inégalités de la surface des calculs, ce qui a plus d'une fois fait croire à l'adhérence de ceux-ci,

ces cas sont rares, heureusement. J'ai indiqué ailleurs des dispositions spéciales que peut offrir la vessie. Ces dispositions font souvent méconnaître la pierre, ou peuvent rendre l'extraction difficile, si même elles n'induisent pas complètement en erreur, ce dont il y a des exemples, puisque Dalechamp, Portal et Leblanc citent des cas d'opérations de la taille pratiquées dans la vue d'extraire un calcul qui n'existait pas, et à la place duquel on ne rencontra qu'un fongus. Mais, sans parler de ces cas extrêmes, où les tumeurs avaient acquis un développement considérable, il est commun de trouver des fongus chez les personnes atteintes de calcul, et plus d'une fois leur volume m'a forcé de renoncer à la lithotritie, pour recourir à la taille, parce qu'ils gênaient la manœuvre, la rendaient plus douloureuse, et pouvaient faire craindre que les frottemens réitérés des instrumens et des débris de la pierre n'en amenassent la dégénérescence. Faut-il alors chercher à opérer en même temps la destruction de la tumeur? Quelques praticiens se sont prononcés pour l'affirmative. Desault, après avoir retiré une pierre de la vessie, ayant reconnu avec le doigt l'existence et la forme d'un fongus pédiculé, le saisit au moyen des tenettes, et en fit l'extraction; il n'y eut ni hémorrhagie, ni aucun accident quelconque, et le malade guérit. Lecat a même proposé et employé des ciseaux qu'il avait fait construire exprès pour ces sortes de cas. A l'occasion d'une femme qui se présenta, en 1828, à l'Hôtel-Dieu, avec une tumeur vésicale pédiculée, qu'on ne reconnut point pendant la vie, Dupuytren déclara que, s'il avait constaté la présence de cette tumeur, il aurait pu l'extirper par la cystotomie, en tordant le pédicule. D'autres praticiens n'ont pas cru devoir attaquer le fongus, et ils se sont bornés à enlever la pierre. C'est le parti que j'ai adopté dans deux circonstances, d'après les motifs précédemment exposés. Toutes les fois donc que la tumeur ne fait pas une grande saillie dans la

vessie, et qu'elle apporte peu de difficultés à la manœuvre, il faut seulement procéder avec plus de circonspection, afin d'éviter les froissemens que ne manqueraient pas de produire des mouvemens brusques et étendus.

CHAPITRE II.

DU CANCER DE LA VESSIE.

L'usage est devenu assez général de considérer le cancer de la vessie comme formant une classe à part au milieu des maladies dont le réservoir de l'urine peut être atteint. On perd ainsi de vue qu'il n'est, à proprement parler, qu'un mode de terminaison de plusieurs autres états morbides. Mais cette hypothèse n'a rien qui doive nous surprendre. En effet, l'insuffisance des moyens d'exploration accrédités jusqu'à nous, l'absence presque complète de symptômes propres à faire découvrir le début de la maladie, ou du moins le défaut de caractères spéciaux dans ceux qui peuvent exister, et qui appartiennent également à beaucoup d'affections vésicales, devaient concentrer l'attention entière sur les graves désordres qui éclatent quand le mal, après un grand développement, a subi la dégénérescence cancéreuse. D'ailleurs, après la mort, c'est le cancer surtout qui frappe les yeux. Aussi, Desault, Chopart et autres auteurs non moins estimés, ne parlent-ils que de lui, sans faire mention des engorgemens prostatiques, des fongus, etc., qui en avaient été les formes primitives.

D'un autre côté, les dénominations de cancer et de carcinôme ont été improprement étendues à des tumeurs qui n'avaient nullement ce caractère, puisqu'elles sont demeurée

stationnaires ou même ont disparu lorsqu'on est parvenu à en écarter les causes. Par exemple, Chopart qualifie de fongus sarcomateux une tumeur lisse, dure, à base large, et du volume d'une noisette, que Deschamps rencontra dans la vessie d'un enfant de douze ans, auquel il pratiquait la cystotomie pour un calcul vésical. Cette tumeur occupait la partie antérieure et un peu latérale droite de la vessie, à un pouce de l'orifice urétral. Elle fut reconnue également par Boyer et Chopart, qui assistaient à l'opération. On ne fit aucun traitement particulier, et l'enfant sortit guéri de l'hôpital au vingtième jour. Certes, s'il se fût agi là d'un véritable carcinôme, le résultat aurait été bien différent.

C'est donc par abus de mots, autant que par suite du vague des moyens diagnostiques, qu'on a tant prodigué les appellations de cancers, de carcinômes et autres synonymes, aux tumeurs de la face interne de la vessie, qui ne les méritent qu'autant qu'elles ont subi les transformations et les dégénérescences constituant le cancer proprement dit.

Quoi qu'il en soit, plusieurs des tumeurs vésicales internes dont j'ai tracé l'histoire prennent un caractère cancéreux en vieillissant. Je sais que Chopart et autres ont émis une opinion différente. Mais évidemment ils se trompaient, et pour s'en convaincre, on n'a qu'à suivre pas à pas le développement des excroissances fongueuses de la vessie.

Sous quelle influence ces transformations s'opèrent-elles? L'observation ne nous apprend rien là-dessus. Nous les voyons survenir dans des cas où l'on aurait cru ne pas devoir s'y attendre, tandis que, dans d'autres où elles semblaient imminentes, la tumeur reste stationnaire. A la vérité, ce sont là des exceptions. Car, en général, parmi les tumeurs dures, mamelonnées, tuberculeuses, les unes ont de la tendance à se ramollir, à suppurer, à se détruire, en un mot, à revêtir les caractères spéciaux de ce genre de dégénérescence; les autres dégénèrent sans ramollissement notable. J'ajoute-

rai quelques faits nouveaux au petit nombre de ceux dont la science est déjà en possession ; mais d'abord je donnerai un précis rapide de ces derniers, ou du moins de ceux qu'on trouve dans les auteurs le plus souvent consultés; car ici, pas plus que dans le reste de mon travail, je n'ai la prétention d'épuiser le sujet et de faire une monographie complète.

Un cas de ce genre est cité par Chopart. Un homme, âgé d'une cinquantaine d'années, eut, à la suite de la gonorrhée, des difficultés d'uriner, qu'on attribua d'abord à un rétrécissement urétral; mais, plus tard, on reconnut que le canal était libre. Divers moyens, entre autres des diurétiques, furent mis en usage sans succès. Il y avait des douleurs au fondement : l'urine était fétide et sanguinolente; il survint une rétention d'urine, et l'on eut beaucoup de peine à introduire la sonde, qui donna lieu à un écoulement de sang. L'évacuation de la vessie soulagea peu, et les douleurs augmentèrent : on crut à des hémorroïdes, que l'on combattit par des sangsues à l'anus, mais sans obtenir aucun résultat. La présence de la sonde était pénible. Il se déclara de la fièvre, du ténesme et des mouvemens convulsifs dans les jambes. On sentait la vessie s'élever au-dessus des pubis, mais les hémorroïdes ne permettaient pas d'explorer par le rectum. Le malade mourut dans le délire, après avoir été trois jours sans uriner. La tumeur de la région hypogastrique, qui s'élevait jusqu'à l'ombilic, était formée par la vessie. Celle-ci contenait des caillots de sang, réunis en une masse du volume des deux poings. Au côté gauche de la base du trigone était une tumeur carcinomateuse, de la forme et du volume d'une grosse pomme, dure et rénitente à la base, mollasse et inégale au sommet, où l'on voyait des fongosités rougeâtres, faciles à déchirer. Plusieurs incisions pratiquées dans cette tumeur montrèrent que la substance en était blanchâtre et d'une dureté presque tendineuse à sa base. Le col de la vessie, l'urètre, les uretères et les reins étaient sains.

L'analogie de la tumeur avec le cancer des mamelles, du testicule, de l'estomac, et les différens symptômes qui s'étaient manifestés pendant la vie, firent penser à Chopart que c'était un sarcôme dégénéré en cancer. Si l'on rapproche ce cas de plusieurs autres cités par lui à l'article des fongus, on verra qu'il y a entre eux une grande analogie, et que des faits mieux caractérisés eussent pu être choisis. Quant aux fongosités qu'on remarquait à la surface de la tumeur, j'ai déjà signalé cette particularité, qui n'est point rare.

Desault, qui ne confondait pas les fongus avec les carcinômes de la vessie, cite le cas suivant. Un homme éprouve subitement une douleur sourde et intermittente à la région pubienne. Cette douleur ne tarde pas à devenir lancinante. On prescrit divers moyens, qui ne procurent aucun amendement. Une tumeur dure et comme cartilagineuse fait croire à l'existence d'une pierre; le malade entre à l'Hôtel-Dieu. Desault, appréciant la douleur fixe et lancinante de la région vésicale, et surtout la sortie par l'urètre de portions charnues, comme pourries, soupçonne un cancer, et renvoie le sujet dans son pays; mais il revient quelques mois après, dans un état plus grave. L'usage de la sonde, qui avait été conseillé, était devenu presque impossible. Cependant Desault passa un de ces instrumens, qui soulagea un peu. Le malade périt dans le marasme, au milieu d'affreuses douleurs. On s'assura, par l'autopsie, qu'une tumeur du volume des deux poings prenait naissance au col de la vessie, qu'elle le distendait, et qu'elle était de nature carcinomateuse.

On voit combien ces deux faits sont incomplets. Cependant on les a opposés à Sœmmerring, qui pense que le squirrhe et le cancer de la vessie n'existent point, à moins qu'ils ne soient la conséquence d'une semblable maladie de la matrice, ou qu'on ne considère comme tels les ulcères vésicaux. L'opinion de Sœmmerring est de toute évidence erronée, et je regrette de me trouver ici en opposition avec des hommes

recommandables, M. Lallemand entre autres, qui professent que le cancer de la vessie est extrêmement rare. Ils s'appuient sur ce que Chopart et Desault n'en ont cité qu'un exemple chacun. De tels témoignages sont certainement respectables; mais ils ne doivent faire loi qu'autant que l'expérience s'accorde avec eux, et c'est ce qui n'a point lieu ici. On a d'autant plus de peine à comprendre leurs doutes que, dans les cas cités par eux, il y avait plutôt squirrhe que cancer véritable. Or, cet état squirrheux n'est pas rare dans les tumeurs vésicales. Mais, avant d'aller plus loin, je crois devoir reproduire le fait à l'occasion duquel M. Lallemand a exprimé son opinion.

Un négociant contracta une blennorrhagie à l'âge de vingt-cinq ans. A dater de ce moment, difficulté d'uriner, nécessité d'introduire des sondes, douleurs, fièvre, troubles généraux qui amènent un grand amaigrissement. Croyant reconnaître une coarctation, on appliqua le caustique, qui ne fit qu'aggraver les accidens. La rétention d'urine devint complète : il fallut recourir à l'algalie ; on fit fausse route à la partie supérieure du col vésical. Quelques jours après, un abcès se forma dans le scrotum; on l'ouvrit, mais le malade ne fut pas soulagé; les accidens locaux et généraux s'aggravent; la mort eut lieu. On trouva le rein gauche sain, mais le droit était bosselé, inégal, doublé de volume, blanchâtre, très mou, facile à déchirer, et contenait une trentaine d'abcès plus ou moins avancés. L'uretère du même côté était épais, noirâtre et sans consistance. La vessie, vaste, avait des parois épaisses; sa membrane muqueuse était rouge, rugueuse et dense. A partir du col, toutes les membranes étaient transformées en une substance squirrheuse, lardacée, offrant, derrière la prostate, deux pouces d'épaisseur, et s'étendant, en forme d'entonnoir, à trois ou quatre pouces dans tous les sens. La surface interne de cette espèce de godet était inégale, hérissée de végétations très saillantes, en forme de choux-

fleurs. La portion prostatique de l'urètre présentait la même altération cancéreuse, et paraissait avoir quatre pouces d'étendue, à cause de l'oblitération d'une partie de la vessie par la tumeur. M. Lallemand ajoute que la prostate était parfaitement saine, petite, ferme et aplatie. Derrière le bulbe de l'urètre, il y avait une tumeur cancéreuse, du volume d'une noisette, occupant la partie inférieure du canal, dont la membrane muqueuse était détruite sur les points correspondans.

Ainsi, nous voyons dans ce cas ce qu'on observe dans tous, des végétations très saillantes sur le cancer. On ne peut pas dire que ce soit l'affection cancéreuse qui ait fait périr le malade, puisqu'il y avait d'autres lésions plus graves et plus importantes peut-être, notamment celle du rein. Ce cancer, quoique fort avancé, ne fut pas reconnu pendant la vie. Quant à celui qui existait dans la partie membraneuse de l'urètre, c'était une circonstance assez rare pour faire regretter que M. Lallemand n'y ait pas consacré plus d'attention.

Je pourrais, si je ne craignais de trop allonger cet article, citer d'autres cas encore de cancers vésicaux, qui ont été décrits par MM. Kruger, Diener, Ficker, Plieninger, Horn, Marshall, Paul, Mercier, Rayer, Tardieu, etc. Lorsqu'on aura multiplié davantage les autopsies, il sera facile de se convaincre que cette terminaison des maladies organiques de la vessie est assez commune. Dans l'espace de quelques années, j'ai rencontré plusieurs exemples, non-seulement de tumeur squirrheuse, mais encore de cancer ulcéré. J'en ai mentionné deux dans le Traité de l'affection calculeuse, et un dans le Traitement préservatif et curatif de la gravelle. En voici encore quelques-uns.

1re Observation. — Le nommé Pardoux, âgé de quarante-quatre ans, et d'une forte constitution, entra, en 1834, à l'hôpital Necker, pour y subir la lithotritie. Ce malade souffrait depuis long-temps de la pierre ; mais les douleurs avaient d'abord été légères et séparées par de longs intervalles ; il

avait fallu qu'elles prissent beaucoup d'intensité pour vaincre l'aversion que lui inspirait toute espèce d'opération chirurgicale. Au moment de son admission, la santé générale était encore bonne, quoique les besoins d'uriner fussent très rapprochés, que la sortie de l'urine causât des fortes douleurs, et que ce liquide fût très chargé de mucosités. Le cathétérisme fit connaître que la vessie contenait une grosse pierre, qui paraissait néanmoins s'engager en partie dans le col, ce qui indiquait qu'elle avait une forme allongée, et qu'elle offrait une extrémité peu volumineuse, ou que le col de la vessie était fort dilaté. Je fus frappé de la saillie que le corps de l'organe faisait à la région hypogastrique. C'était une tumeur arrondie, soulevant les tégumens, que l'on distinguait nettement par le toucher, et faisant penser ou que le calcul avait beaucoup de volume, ou la paroi vésicale possédait une grande épaisseur. Du reste, il n'y avait rien de particulier ni dans le caractère des douleurs, ni dans l'état général du sujet, ni dans les qualités de l'urine. Le volume présumé de la pierre et le racornissement de la vessie me faisaient seulement craindre que la lithotritie fût impraticable, d'autant plus que, l'urètre étant étroit, il n'y avait pas moyen d'employer de gros instrumens. Toutefois, je parvins à saisir et fixer le corps étranger ; mais le malade souffrit beaucoup: il survint un engorgement du testicule. Je crus donc ne devoir point insister sur l'application de la nouvelle méthode, dont le succès était au moins douteux. La cystotomie fut proposée quelque temps après, et accueillie par le malade. Mon confrère, M. Laugier, la pratiqua par le procédé bilatéral. L'extraction de la pierre ne présenta rien de particulier, à l'exception d'un écoulement de sang, qu'on arrêta par les astringens et une compression légère. L'opération fut aussi simple et aussi prompte que possible. Pendant les premiers jours il ne survint pas d'accidens ; mais on remarqua qu'il ne se faisait aucun travail du côté de la plaie, et que la réaction

était nulle. Le malade mourut le neuvième jour. On découvrit deux calculs et quelques petits abcès dans les reins. La paroi postérieure de la vessie était envahie par une énorme tumeur carcinomateuse, ramollie au centre, où se trouvait une caverne qu'on eût pu prendre pour la vessie elle-même, dont la cavité réelle était située au-devant et au-dessus de la masse cancéreuse. C'était cette cavité vésicale, presque entièrement occupée par la pierre, qui faisait tumeur à l'hypogastre ; elle était soulevée et rendue saillante par la masse cancéreuse de la paroi postérieure. S'il fallait une nouvelle preuve de la difficulté d'établir un diagnostic rigoureux des altérations, même profondes, des parois de la vessie, on la trouverait dans le fait dont je viens de donner les détails. Il semblerait qu'on eût dû soupçonner l'existence d'une tumeur si volumineuse, qui avait causé tant de désordres, et tout au moins la reconnaître pendant les manœuvres de la cystotomie, et cependant elle demeura inaperçue jusqu'au moment de l'ouverture du corps.

2e Obs. — Leblanc, âgé de cinquante ans, fut admis à l'hôpital Necker, le 9 novembre 1832, pour y être traité d'une affection calculeuse. Il était effectivement attaqué de la pierre, et faisait remonter ses souffrances à plus de quarante ans. Elles avaient suivi une marche très irrégulière. Le malade avait eu de longs intervalles de bien-être, notamment depuis quinze ans jusqu'à quarante. Mais, à cette dernière époque, les douleurs devinrent plus fortes, plus rapprochées, et depuis huit ans, elles n'avaient plus cessé. Aussi la santé était-elle détériorée. Lors de son entrée à l'hôpital, le malade était fort maigre, et d'une faiblesse excessive, avec le teint plombé, perte d'appétit, point de sommeil, fièvre continue. L'urine, fétide et purulente, était expulsée fréquemment, et toujours avec douleur. L'introduction de la sonde fit connaître de petites pierres dans la partie membraneuse de l'urètre et dans l'intérieur de la vessie ; la capacité de ce

dernier viscère avait sensiblement diminué. Mais l'état de souffrance et de faiblesse du malade me força d'ajourner une exploration plus complète. J'avais surtout à rechercher s'il n'existait pas de communication entre la cavité dans laquelle la sonde avait pénétré, et une tumeur située vers le sommet et sur la partie antérieure de la vessie, faisant une saillie notable sur le devant de l'abdomen, entre la symphyse pubienne et l'ombilic, à un pouce et demi de la première. Cette tumeur, arrondie, dure, à-peu-près indolente et mobile, ne me paraissait nullement formée par la vessie, ou du moins me faisait supposer dans ce viscère des altérations qu'il ne m'était pas encore permis d'apprécier. Les difficultés d'uriner me déterminèrent à faire d'abord l'extraction des calculs situés dans l'urètre. La manœuvre fut facile et peu douloureuse; les pierres étant friables, je n'eus pas de peine à les écraser; quelques fragmens furent extraits, d'autres expulsés naturellement avec l'urine, et il ne survint aucun changement dans l'état du malade. La sonde métallique et la partie de l'instrument, qui avaient été en contact avec l'urine, prirent une couleur noire. Cette circonstance annonçait un cas très grave. Je fis, les jours suivans, quelques injections, qui ne produisirent aucun effet. L'état du malade s'aggrava peu-à-peu, la prostration des forces augmenta, et la mort eut lieu le 23 décembre. A l'autopsie, la tumeur hypogastrique faisait encore une saillie notable; mais elle était moins dure que pendant la vie. Elle était produite par un vaste cancer, qui avait détruit le sommet et la paroi antérieure de la vessie, adhérente elle-même avec les parois abdominales. Les adhérences et le tissu de la masse se déchiraient avec la plus grande facilité. L'intérieur était ramolli et réduit en bouillie. Cette cavité irrégulière se trouvait partagée en plusieurs loges par des masses lardacées, présentant d'ailleurs les différens degrés de la dégénérescence cancéreuse. La vessie avait diminué de capacité, surtout d'avant en arrière:

sa surface intérieure était d'un rouge foncé tirant sur le noir. Le viscère contenait plusieurs calculs irréguliers et très friables. La prostate était à l'état normal. La membrane muqueuse de l'urètre présentait la même couleur que celle de la vessie, sans d'ailleurs aucune trace de lésion. Les uretères avaient un volume considérable : leurs parois étaient épaissies et ressemblaient à celles des grosses artères. Le rein droit était converti en une espèce de poche à parois épaisses, de la grandeur et presque de la forme de l'estomac d'une personne adulte. Cette poche contenait environ deux livres d'un liquide blanc et fétide : c'était de l'urine purulente. La plus grande partie du tissu rénal avait disparu. Les ouvertures des calices et du bassinet existaient, mais fort dilatées. Le rein opposé offrait le début de la même altération : il avait un volume presque double de celui qu'on observe ordinairement. La substance corticale était molle et décolorée. Les ouvertures des calices et du bassinet étaient agrandies, et baignées d'un liquide blanc et fétide. L'uretère du même côté avait beaucoup d'ampleur; ses parois étaient un peu moins épaisses que celles de son congénère.

3e Obs. — Chiquet, cocher, âgé de quarante-deux ans, d'une constitution jadis forte, mais aujourd'hui délabrée n'avait jamais eu de maladie grave. Depuis long-temps il était sujet à des douleurs néphrétiques. Lorsqu'il entra à l'hôpital Necker, le 3 novembre 1836, il portait sur sa figure le cachet des affections cancéreuses. Cinq ou six ans auparavant, il avait commencé à éprouver, dans le fondement et au bout de la verge, des douleurs, qui avaient cessé d'abord, pour reparaître ensuite à des intervalles plus ou moins éloignés. Ces douleurs passagères ne l'empêchaient pas de vaquer à ses occupations, et ne l'inquiétaient point: il n'éprouvait alors aucune difficulté pour uriner. Mais, peu-à-peu, l'excrétion de l'urine ne se fit plus qu'avec peine et douleur; un moment arriva même où le liquide ne coula que goutte à goutte, et

avec des efforts inouïs. Le malade se livra successivement à plusieurs charlatans, dont l'un lui donna une eau, qui lui fit rendre, disait-il, une grande quantité de graviers. L'un de ces graviers s'arrêta dans l'urètre, et obligea Chiquet d'entrer à l'Hôtel-Dieu, où M. Roux le débarrassa du corps étranger, après l'avoir écrasé. Pendant cinq semaines de séjour dans cet hôpital, il continua de rendre des graviers, et fut souvent sondé, ce qui le fit beaucoup souffrir. L'instrument pénétrait à une grande profondeur, et il ne s'écoulait que du sang, avec peu d'urine. De l'Hôtel-Dieu, ce malade passa à l'hôpital de la Pitié, puis reçut les soins d'un de mes élèves, M. Leroy. Lorsque je le vis, il ne pouvait expulser une seule goutte d'urine sans le secours de la sonde. Les besoins de rendre ce liquide étaient presque continuels, et accompagnés d'efforts considérables et douloureux qui retentissaient à l'anus, de manière à faire sortir involontairement les matières fécales. Le malade assurait que l'urine s'échappait aussi par le fondement. Il était fort maigre, avec la figure crispée et le teint jaune. En portant la main au-dessus des pubis, et derrière, on sentait une tumeur dure, faisant saillie et se dirigeant du côté droit. Je reconnus que la prostate était énormément tuméfiée et proéminente dans le rectum. Le cathétérisme présentait de grandes difficultés : on avait d'autant plus de peine à parvenir dans la vessie, que la sonde pénétrait souvent dans une large et profonde excavation située au-dessous de la prostate hypertrophiée. Le doigt, porté dans l'anus, sentait la partie courbe de l'instrument libre dans cette poche, qui pouvait contenir presque le tiers d'une seringue à injection, et dont le liquide sortait par un jet intermittent quand on appuyait sur l'hypogastre. Pour parvenir dans la vessie, il fallait abaisser fortement la main aussitôt que l'instrument était arrivé devant l'espèce de barrière formée par le corps de la prostate. Les urines étaient bourbeuses, purulentes, fétides, et souvent

chargées d'une matière floconneuse qui obstruait la sonde quand on jugea nécessaire de la laisser en permanence. De pareils désordres ne laissaient aucun doute sur l'existence de lésions organiques profondes. Le malade était atteint d'un cancer de la vessie, avec excavation sous-prostatique considérable. Rien ne pouvait le soustraire à la mort, qui eut lieu le 6 décembre. Les reins, d'un tiers plus volumineux que d'ordinaire, étaient ramollis, de couleur pâle, mais sans lésion appréciable de tissu : on n'y remarquait ni abcès ni ulcérations. Les deux uretères étaient fort dilatés, ils avaient huit à dix fois le diamètre normal : leurs parois étaient minces et ramollies : celui du côté droit offrait, à un pouce et demi de la vessie, un étranglement formé par un repli valvulaire de la membrane muqueuse et du tissu sous-jacent induré. Après avoir scié les pubis et les ischions à droite et à gauche, on enleva avec soin une masse considérable, inégalement bosselée, dans laquelle se trouvaient compris la vessie, le rectum, la verge et des tissus accidentels, qui non-seulement remplissaient l'excavation du petit bassin, mais encore faisaient saillie au-dessus du détroit supérieur. On sépara cette masse des os, auxquels elle adhérait par un tissu cellulaire lâche, et l'on détacha l'urètre de l'arcade sous-pubienne. Ce canal ne présenta d'autre altération que quelques lacunes plus ou moins profondes dans sa partie membraneuse, dont les parois étaient de couleur noire. Sa portion prostatique, fort alongée, avait obéi au développement énorme de la prostate et surtout du moyen lobe. Il résultait de cette dernière hypertrophie une déviation de l'urètre de bas en haut et un peu obliquement sur la gauche. Les lobes latéraux de la prostate étaient d'un tissu jaune, lardacé, plus dur supérieurement qu'inférieurement. La désorganisation n'y avait d'ailleurs pas fait autant de progrès que dans le lobe moyen, qui était ramolli, presque diffluent, et qui envoyait, dans l'intérieur de la vessie, trois

prolongemens considérables, fongoïdes, d'un tissu assez semblable, par sa consistance et ses granulations, à des riz de veau, mais d'une couleur noire. Les parois de la vessie avaient quatre lignes au moins d'épaisseur. La surface interne, noirâtre, était sillonnée de nombreux et épais replis. La capacité du viscère, qui pouvait contenir environ cent vingt grammes de liquide, était en partie remplie par les fongus dont j'ai parlé, et dont le plus gros se trouvait à droite. Voilà pour la vessie proprement dite, pour ce qu'on pourrait appeler la vessie supérieure ; car, au dessous du moyen lobe droit de la prostate, il existait une large et profonde excavation, presque aussi étendue que la poche urinaire elle-même. Cette excavation avait pour plancher supérieur, outre les parties que je viens d'indiquer, la région inférieure et postérieure de la vessie, avec laquelle elle communiquait. Son plancher inférieur était constitué par la paroi antérieure du rectum, dans lequel s'ouvraient trois fistules, qui communiquaient avec la vessie, à sa partie droite et inférieure. Un stylet, introduit dans deux de ces trajets, permit de les inciser et d'en voir les parois organisées. Un clapier, pouvant loger une grosse noix, se trouvait derrière les orifices qui s'ouvraient dans le rectum, à six pouces environ de la marge de l'anus. Plusieurs kystes encéphaloïdes, de forme et de grosseur diverses, s'étaient développés soit dans le tissu de la vessie elle-même, à laquelle ils adhéraient intimement, soit dans les tissus environnans. Ces kystes existaient principalement sur les parties latérale droite et supérieure de la vessie. En les incisant, on voyait paraître de la matière cérébriforme très ramollie.

4e Obs. — Un calculeux, âgé de soixante-cinq ans, et fortement constitué, souffrait depuis long-temps de la pierre, dont l'existence n'avait cependant point été reconnue, malgré plusieurs explorations faites à ce sujet avec des sondes droites et des sondes courbes. On se contenta de prescrire

des moyens propres à calmer l'irritation de la vessie, mais dont l'usage prolongé n'amena aucun résultat. Le malade prit le parti d'entrer à l'hôpital Necker, le 10 décembre 1832. Je m'assurai, par le cathétérisme, que la vessie contenait une grosse pierre, que, d'ailleurs, la prostate était fort volumineuse, enfin que la poche urinaire et l'urètre saignaient avec une grande facilité. Ces premières notions ne me laissaient guère de doutes sur l'impossibilité d'appliquer la lithotritie. Un traitement médical, sous l'influence duquel l'irritation déterminée par la présence des calculs se calme presque toujours, au moins pour un certain laps de temps, ayant été inutile, il fallut songer à faire choix d'un procédé opératoire. Le malade se décida d'autant plus promptement à subir la cystotomie, que cette opération ne lui causait pas trop d'effroi, et qu'elle réunissait, en effet, des chances favorables. Elle fut faite par l'hypogastre; mais elle présenta quelques difficultés; l'extraction de la pierre fut surtout longue, malgré la dextérité du chirurgien qui la pratiquait. La mort eut lieu au septième jour. On trouva, entr'autres lésions de l'appareil urinaire, une énorme tumeur carcinomateuse, occupant la face postérieure et le côté gauche de la vessie, et formant une saillie qu'on aurait pu sentir par l'hypogastre, si le malade eût eu moins d'embonpoint, et si l'on eût été conduit par le moindre indice à faire des recherches minutieuses de ce côté. La partie de cette tumeur saillante dans la vessie était ramollie et ulcérée, tandis que celle qui se trouvait confondue avec les parois de l'organe, avait une dureté considérable.

5e Obs. — Le 11 mars 1839, se présenta à la consultation de l'hôpital Necker un ancien militaire, Dupont, âgé de soixante-dix ans, qui, depuis plus d'une année, souffrait du côté de la vessie. Toutefois, les douleurs n'avaient pas de caractère constant. On employa d'abord divers calmans, puis on eut recours aux eaux de Vichy. Les urines, jusque-

là troubles, reprirent une couleur citrine; mais, malgré l'usage des eaux, continué pendant six mois, le malade fut si peu satisfait de son état, qu'il prit le parti de se faire admettre à l'hôpital. Il était faible, sans appétit, ni sommeil, avec des besoins d'uriner fréquens, des douleurs vives pour y satisfaire, et du dévoiement. Je me bornai à calmer les douleurs de la vessie par un traitement médical approprié, ne me dissimulant pas qu'il y avait peu d'espoir à fonder sur une constitution si minée. Plusieurs fois, on introduisit la sonde, pour savoir si la vessie se vidait bien. On n'obtint qu'un léger soulagement, qui ne se soutint même pas; le hoquet survint, et le malade mourut. On trouva, dans le rein gauche, trois vastes foyers purulens : l'uretère du même côté était dilaté et plein de pus; il présentait deux rétrécissemens marqués, l'un à la partie moyenne, et l'autre à l'orifice vésical. Les parois de la vessie étaient hypertrophiées. On rencontra dans ce viscère du pus et quelques graviers. A l'orifice interne de l'urètre, et sur le trigone, du côté gauche, était une tumeur cancéreuse, peu saillante, mais évasée, et à bords relevés, d'où s'écoulait un ichor extrêmement fétide. Au côté droit du col vésical, on remarquait une autre petite tumeur arrondie et pédiculée. Le passage du fongus à l'état cancéreux était ici très prononcé; mais, pendant la vie, on n'avait aperçu aucun symptôme propre à faire soupçonner ni un fongus, ni un cancer.

6e Obs. — En faisant des recherches anatomiques à l'hôpital Beaujon, nous avons trouvé en 1828, M. Costello et moi, un cas de cancer fort remarquable, qu'on n'avait pas soupçonné non plus pendant la vie. Dans la région de l'aine du côté droit existait une tumeur, du volume des deux points, formant saillie dans la cavité abdominale, et aussi dans la vessie, dont les parois étaient en partie envahies, ainsi que l'uretère. On remarquait dans cette tumeur les divers degrés de la dégénérescence carcinomateuse, et sur quelques

points le ramollissement était si avancé qu'on sentait de la fluctuation ; il renfermait un liquide d'apparence crémeuse, bien qu'il fût impossible de découvrir les voies de communication entre la vessie et l'intérieur de la tumeur. Celle-ci, du reste, avait déplacé la vessie, qui se trouvait vis-à-vis le trou sous-pubien gauche ; le col vésical et l'urètre, qui avaient été rejetés aussi du même côté, participaient, ainsi que le tissu cellulaire voisin, à la lésion, qui avait respecté le canal intestinal.

Tous ces faits prouvent que plusieurs tumeurs de la vessie peuvent passer à l'état de carcinôme ; mais ils établissent aussi que la dégénérescence s'accomplit sans symptômes propres à la faire soupçonner, et que nos moyens d'exploration sont d'autant plus insuffisans, qu'il est presque toujours fort difficile, et souvent même impossible, de les employer. Les caractères de la douleur, la nature de l'urine, les effets du séjour de la sonde dans la vessie, l'amaigrissement rapide du malade, la fièvre, les mouvemens nerveux, n'ont ici rien de spécial, quoi qu'aient pu dire quelques auteurs graves, qui n'ont tiré leurs conséquences que de faits accomplis, et qui n'ont attribué ces symptômes au cancer vésical que parce qu'ils les avaient observés dans des cas où l'autopsie était venue révéler l'existence d'une tumeur cancéreuse. Quant à la sortie par l'urètre d'une matière cérébriforme, ou, comme dit le vulgaire, de lambeaux de chair pourrie, c'est un fait important ; mais, outre qu'il se présente rarement, on voit aussi quelque chose d'analogue dans les catarrhes très avancés, et dans certains cas graves de calculs ou de fongus, où l'urine du malade est chargée de mucosités concrètes, réduites en flocon et ayant une apparence d'organisation.

On a attaché quelque importance aux douleurs habituelles et aux hémorrhagies fréquentes chez plusieurs malades dans la vessie desquels des carcinômes ont été découverts après la mort. Mais ces symptômes n'ont rien de constant, et

fussent-ils même portés à un très haut degré, ils n'auraient pas la valeur qu'on a paru vouloir leur attribuer; car rien n'est plus variable que les douleurs de la vessie, à quelque cause qu'elles se rattachent, et les hémorrhagies peuvent dépendre d'états morbides fort différens les uns des autres.

Les cancers de la vessie sont dans le même cas que la plupart des autres maladies de l'appareil urinaire. En y rattachant, par une sorte de convention tacite, des groupes de phénomènes arbitrairement choisis, on nuit aux progrès de l'art, parce qu'une foule d'imitateurs admettent sans examen la véracité des tableaux de fantaisie dont ils trouvent le tracé dans les livres, et ne se donnent pas la peine de les soumettre au creuset de l'expérience. C'est là un grave écueil, que peu de praticiens savent éviter.

Je ne puis terminer ces considérations sans faire une remarque au sujet des nouvelles explorations vésicales appliquées au diagnostic des cancers. A l'époque où l'on est appelé à constater l'existence d'un cancer vésical, la maladie primitive est si avancée et l'état général si grave, qu'on hésite à soumettre le malade à des investigations que l'impuissance de la thérapeutique rend nuisibles. Dans plusieurs des cas qui se sont offerts à moi, j'ai reculé devant cette considération. On comprend d'ailleurs combien doit être faible la portée des explorations en pareil cas. Elles feront bien connaître une tumeur, une excroissance, une induration, dans un point des parois vésicales; mais elles n'apprendront rien sur la dégénérescence que ces tumeurs pourraient avoir subies. C'est donc un moyen de recherches dont il faut user ici avec beaucoup de circonspection.

CHAPITRE III.

DES TUMEURS DÉVELOPPÉES DANS L'ÉPAISSEUR DES PAROIS VÉSICALES.

Les états morbides de la vessie que nous venons d'étudier, sous le nom de fongus, se manifestent spécialement du côté de la face interne du viscère ; mais il en est d'autres, tout aussi importans, qui se montrent d'une manière plus particulière à sa face externe, ou du moins produisent des saillies également prononcées au-dehors et au-dedans. De là résultent des tumeurs qui varient beaucoup eu égard à leur nature, à leur siège, à leur étendue, à leur volume, à leur forme, aux causes qui les provoquent, à leur marche, à leurs symptômes et à leur terminaison. Il est fort à regretter qu'on rencontre tant d'obstacles à se procurer des notions exactes en ce qui concerne ces diverses particularités, que souvent même la maladie échappe à toutes les investigations, et ne puisse être reconnue qu'après la mort ; car il s'ensuit que l'on confond souvent ensemble des lésions qui cependant diffèrent beaucoup les unes des autres, qu'on les méconnaît même assez fréquemment, et qu'en attribuant à d'autres causes les effets qu'elles déterminent, on tombe dans des méprises dont les conséquences peuvent devenir fâcheuses.

On peut rapporter à deux catégories principales les altérations dont il s'agit dans ce chapitre :

1° Induration, épaississement partiel des parois vésicales, faisant saillie au-dedans et au-dehors du viscère ;

2° Abcès dans l'épaisseur des parois vésicales, ou dans les tissus voisins, mais adhérens à la vessie.

Ces sortes de tumeurs, de nature essentiellement différente, ont, dans le principe, des caractères propres, mais qui ne sont ni constans, ni faciles à apprécier, et qui d'ailleurs perdent de leur netteté et de leur précision à une époque avancée de la maladie, en sorte qu'un moment arrive où il devient très difficile de distinguer les tumeurs des unes des autres, même de ne pas les confondre avec l'hypertrophie de la vessie. C'est là une particularité de la plus haute importance, et à laquelle il ne me semble pas qu'on ait jusqu'ici consacré toute l'attention qu'elle mérite sous le point de vue pratique. Aussi m'attacherai-je autant que possible à la préciser dans l'examen auquel je vais me livrer.

ARTICLE 1er.

De l'épaississement partiel des parois vésicales.

J'ai vu survenir, spécialement chez plusieurs calculeux, à la suite d'une irritation de la vessie, une induration partielle des parois du viscère, avec épaississement, dont la saillie se prononçait à la surface externe seulement, les explorations ne faisant découvrir ni aucun vestige de tumeur, ni la moindre proéminence dans son intérieur.

On se rend difficilement raison de ces épaississemens partiels des parois vésicales, qui ne sont peut-être pas aussi rares qu'on serait tenté de le croire. Toutefois, l'anatomie pathologique fournit quelques données dans les cas analogues qu'on est assez fréquemment appelé à observer, ceux où la tumeur qui existe à la face interne de la vessie est accompagnée d'un accroissement d'épaisseur des parois à l'endroit où elle se trouve implantée. Là, en effet, l'épaississement est, en général, circonscrit. Partout, au reste, les tissus qui le forment offrent beaucoup de résistance, et sont tellement confondus les uns avec les autres qu'à peine laissent-ils apercevoir encore quelques traces de la structure pri-

mitive. Il paraît se produire surtout aux dépens des tissus voisins de la vessie, avec lesquels elle a contracté des adhérences intimes fort résistantes. Quand l'état morbide a fait de grands progrès, il survient une sorte de dégénérescence, et les tissus ont une apparence lardacée, qui les rapproche du squirrhe ou du cartilage. Peut-être doit-on rapporter ici les tubercules qu'au dire de M. Andral, on rencontre quelquefois, dans l'épaisseur des parois vésicales, chez certains sujets atteints d'affections tuberculeuses, du poumon surtout; mais les observations qui ont été recueillies à cet égard laissent toutes beaucoup à désirer. Ce qui paraît plus positif, c'est qu'il faut en rapprocher un autre fait, également cité par ce médecin, qui a vu la couche de tissu cellulaire comprise entre les tuniques charnue et muqueuse de la vessie offrir une épaisseur considérable et, dans beaucoup de points, un aspect squirrheux; la différence ici n'est que du plus au moins dans l'étendue des désordres, dont la dissémination s'opposait à la formation d'une tumeur proprement dite.

Ces épaississemens partiels peuvent être fort circonscrits, ou occuper une large surface. Tous ceux que j'ai observés n'intéressaient qu'une très petite étendue des parois du viscère. Dans le cas que je rapporterai à la fin de cet article, la tumeur appartenait en partie à la vessie et en partie aux tissus voisins, entre lesquels il s'était établi de si intimes adhérences qu'on n'aurait pu dire où finissaient les parois du réservoir de l'urine. Deux autres malades, qui m'ont offert une induration partielle avec épaississement faisant saillie à la région hypogastrique, continuent de vivre; il m'a été permis, chez eux, d'entreprendre les explorations nécessaires pour m'éclairer sur l'étendue, l'épaisseur et la dureté de la tumeur. Je n'ai pas eu la même facilité chez un quatrième sujet, qui portait depuis longues années, à la région hypogastrique, une tumeur énorme, dont le poids seul l'incommodait, car elle était absolument indolente, et, en quelque sens qu'on la pressât,

elle ne causait pas de douleurs; mais, la vessie ayant perdu beaucoup de sa capacité, les besoins d'uriner se reproduisaient souvent. Il arrivait aussi quelquefois à l'urine de contenir du mucus, état catharral qui, d'ailleurs, n'était qu'accidentel et durait fort peu. J'aurais voulu explorer la vessie, afin de savoir si la tumeur faisait ou non saillie à l'intérieur; mais le malade n'éprouvait pas assez d'incommodités pour se déterminer à subir une opération dont il s'exagérait beaucoup les souffrances, et je ne pus vaincre la répugnance qu'il éprouvait à se laisser sonder.

On comprend sans peine qu'il doit être fort rare que cette altération partielle des parois de la vessie n'entraîne pas des troubles notables dans les fonctions du viscère. C'est en pareil cas, principalement, qu'on voit les symptômes névralgiques et l'affection catarrhale persister malgré tous les moyens mis en usage. Le cas est d'autant plus obscur que tantôt les explorations sont repoussées, et tantôt elles ne procurent aucun renseignement, lors même qu'on les pratique avec le plus grand soin et à l'aide des instrumens les plus parfaits.

Il faut effectivement un certain concours de circonstances pour qu'on parvienne à découvrir les indurations partielles des parois vésicales. Ces circonstances sont le peu d'embonpoint du malade et la situation de la tumeur à la partie antérieure de la vessie. Quand elles se trouvent réunies, en procédant comme je me suis trouvé deux fois dans le cas de le faire, il n'est guère possible de se méprendre; car, la tumeur pouvant être placée entre la sonde préalablement introduite dans la vessie et la main de l'opérateur appliquée sur l'hypogastre, on parvient ainsi à la circonscrire exactement, à en connaître l'étendue, et même, jusqu'à un certain point, à en apprécier la nature. Cependant, il faut user d'une grande réserve sous ce dernier rapport, attendu que la région antérieure de la vessie devient quelquefois le

siège de collections liquides, ou même de corps étrangers fixes, qui sont susceptibles d'induire en erreur, et de faire croire à la présence des tumeurs dont il s'agit.

Si la tumeur et l'induration existaient du côté du rectum, il pourrait arriver aussi que le toucher, combiné avec l'exploration de la vessie, surtout au moyen du trilabe, conduisît à la faire soupçonner ; mais, ici, les difficultés augmenteraient en raison de la multiplicité des lésions auxquelles cette partie de la vessie est sujette et de l'étendue toujours très circonscrite du champ d'exploration.

Sur tous les autres points de la vessie, la tumeur n'est généralement reconnue qu'après la mort, comme il arriva dans le cas suivant :

Depuis deux ans, un homme d'une cinquantaine d'années, cultivateur en Champagne, s'était aperçu d'un dérangement dans les fonctions de la vessie. Il urinait plus souvent que de coutume, et souffrait avant et pendant l'émission du liquide. La douleur se faisait principalement sentir derrière les pubis, dans le rectum, et sur les parties latérales de l'hypogastre, vers les épines iliaques antérieures. A diverses reprises, il en avait éprouvé dans la région des reins, surtout du côté gauche : de plus, il avait maintes fois rendu, avec de grands efforts, et à la suite de vives souffrances, des *morceaux de chair* très consistans et plus ou moins gros. L'urine était ordinairement trouble et fétide ; elle déposait d'abondantes mucosités. Le cathétérisme, pratiqué à diverses reprises, n'avait fourni aucun renseignement positif sur la nature de la maladie. Celle-ci, considérée comme un catarrhe vésical, avait été traitée en conséquence, mais inutilement. Quand cet homme vint me consulter, le 11 juillet 1836, il ne pouvait demeurer plus d'une demi-heure sans éprouver le besoin d'uriner ; mais les douleurs pour satisfaire ce besoin étaient cruelles. La sonde ne fit rien découvrir dans la vessie, si ce n'est une saillie vers le bas fond, du côté gauche,

et la vive douleur causée par l'exploration fut suivie d'un accès de fièvre. Les bains, les lavemens, les boissons abondantes, des injections, d'abord tièdes, puis froides, et des suppositoires opiacés, amenèrent du soulagement. Le malade souffrit beaucoup moins, et l'urine s'éclaircit. Le 6 août, je fis une exploration avec le trilabe; elle ne m'apprit rien non plus, quoique répétée au bout de quelques jours. A cette époque, le malade rendit des lambeaux de matière muqueuse concrète, dont plusieurs incrustés de particules sablonneuses, friables et jaunes, d'odeur cadavéreuse. Le 6 septembre, cet homme se trouvait assez bien, quand, tout-à-coup, il fut prit de fièvre, et mourut subitement dans la nuit. La vessie était distendue par une demi-pinte environ d'urine. Sur la partie postérieure et latérale gauche, on découvrit une tumeur dure et volumineuse, mais peu saillante dans la vessie, et grosse comme un œuf, adhérente à l'épiploon, qu'elle semblait avoir attiré à elle, en formant, sur le point d'adhérence, une sorte de cicatrice froncée, dont quelques brides allaient d'un bord à l'autre; cette cicatrice avait un demi-pouce de long. Les parois de la vessie étaient généralement fort épaisses. La surface interne était sillonnée par de nombreuses colonnes charnues et par des cellules, dont une surtout, correspondante à la tumeur dont j'ai parlé, offrait une cavité profonde dans laquelle aurait pu tenir aisément un œuf de poule. Cette cavité communiquait avec le reste de la vessie par une ouverture circulaire, à bords arrondis, ayant un demi-pouce de diamètre. Elle représentait une sorte de vessie surnuméraire, renfermant de l'urine et quelques lambeaux de matière concrète, semblable à celle que le malade rendait pendant la vie. Il s'y trouvait, en outre, une certaine quantité de substance terreuse et friable, incrustée dans du mucus concret. Quant à la tumeur, elle s'était développée dans le tissu musculeux de la vessie, et semblait avoir fait appel aux tissus environnans, pour contracter des adhérences avec

eux et les désorganiser. Elle était comme cartilagineuse, et de substance partout homogène et blanche. Le membrane muqueuse vésicale, la prostate, l'urètre et les reins étaient sains.

ARTICLE II.

Abcès dans l'épaisseur des parois vésicales.

Les abcès dans les parois vésicales ne sont point rares. Les auteurs en citent plus d'un exemple. J'en ai observé plusieurs, surtout chez des sujets atteints de la pierre, et j'en ai déjà fait connaître quelques-uns dans mon Traité de l'affection calculeuse.

Ces collections purulentes présentent beaucoup de variétés eu égard à la disposition du liquide qui les constitue, à leur siège, à leur mode de développement et de terminaison.

Sous le premier point de vue, il arrive quelquefois que le pus s'infiltre entre des mailles du tissu cellulaire de la vessie, en sorte que les parois de l'organe acquièrent beaucoup d'épaisseur, ce dont il existe divers exemples consignés dans les livres, un entre autres rapporté par Bonet. Ailleurs, le pus semble diviser ces mêmes parois en couches superposées, entre lesquelles il s'étale sous forme de nappe, comme Ruysch l'a vu ; à proprement parler, ce n'est là qu'une simple nuance du cas précédent. Dans certains cas, le liquide se réunit en plusieurs petits foyers distincts et disséminés sur une surface plus ou moins étendue. Enfin il peut arriver qu'il se rassemble en une ou plusieurs masses d'un volume plus ou moins considérable. Hellwig a trouvé, chez une femme, la vessie très volumineuse, par le fait d'un dépôt de pus fétide entre ses tuniques, dont l'interne était intacte, La vessie d'un homme offrit à Chopart, dans l'épaisseur de ses parois, deux vastes foyers séparés l'un de l'autre, au côté droit, près du cœcum. A cette catégorie se rapportent plusieurs des cas qui se sont offerts dans ma pratique. On verra

plus bas que ces collections multiples peuvent exister sur des points assez distans les uns des autres.

La plupart du temps, c'est vers le sommet de la vessie, et à sa partie antérieure, que les abcès s'établissent. Chopart s'est trompé en leur assignant pour siége ordinaire le côté du périnée. Cette erreur a été reproduite par plus d'un copiste. Elle me paraît tenir à ce qu'on a souvent considéré comme abcès des parois vésicales de simples abcès du corps prostatique ou même du tissu cellulaire qui avoisine le col de la vessie. On a aussi rencontré des collections purulentes du côté du rectum, vers le col vésical et sur les parties latérales du corps de l'organe. Il peut y en avoir dans plusieurs régions à-la-fois. En ouvrant un cadavre, à l'hôpital Necker, j'ai trouvé un abcès considérable à la face antérieure du viscère, et un autre, de volume presque égal, à la face inférieure et latérale gauche. Dans un cas cité par Lapeyronie, il y avait un abcès au col vésical et un autre le long de l'uretère, depuis son orifice inférieur jusqu'au rein.

Quelque emplacement qu'occupent les abcès des parois vésicales, ils peuvent être plus rapprochés soit de la face externe du viscère, soit de sa face interne. De cette différence, il résulte qu'à leur ouverture le pus s'épanche tantôt dans l'intérieur de la vessie, et tantôt au-dehors. Chopart a ouvert le cadavre d'un homme dont la vessie offrait, près de l'ouraque, un abcès bien caractérisé et borné à l'épaisseur de l'organe; la paroi interne était si mince, qu'elle se rompit en la pressant; un pus blanc et fétide s'écoula en abondance.

Il y a des circonstances dans lesquelles on ne découvre aucune cause appréciable. Tel est le suivant, dont j'emprunte les principaux détails à Chopart. Une femme conçut pour la septième fois, après une perte considérable. Pendant cette grossesse, il se déclara des difficultés d'uriner et des rétentions d'urine: les quelques gouttes que la malade parvenait à rendre avec peine, étaient puriformes;

le ventre devint tendu et douloureux, les tégumens s'enflammèrent; on sentait une fluctuation bien marquée au pourtour de l'ombilic, la fièvre était vive, la langue sèche, la soif ardente. Une incision pratiquée sur la ligne blanche donna issue à beaucoup de pus et d'urine, dont il sortit encore une grande quantité les jours suivans, surtout lorsqu'on pressait le ventre de bas en haut. La malade fut mise à l'usage des bougies, et peu-à-peu la plaie se cicatrisa; mais l'urine conserva encore pendant quelque temps le caractère purulent. Il s'est offert à moi un fait qui a du rapport avec celui-là. J'ai vu aussi un jeune homme qui eut un abcès considérable à la partie antérieure de la vessie, et chez lequel il n'existait ni pierre ni aucune lésion de l'urètre : toutes les recherches qu'on fit pour découvrir la cause de cette énorme collection de pus demeurèrent sans résultat.

Divers faits recueillis par les auteurs établissent que les abcès de la vessie peuvent dépendre d'une cause traumatique. La femme dont j'ai parlé plus haut, d'après Hellwig, fut atteinte du dépôt qui la fit périr à la suite d'un coup de pied de vache reçu dans le bas-ventre. Morgagni rapporte l'histoire d'une jeune fille qui mourut des suites d'un abcès développé à l'hypogastre, et dont la formation avait été déterminée par une longue aiguille introduite dans la vessie, à travers les parois de laquelle une partie du corps étranger s'était frayé une voie dans les parties molles environnantes. Les faits analogues se sont multipliés dans ces derniers temps. Cependant, Baillie a été beaucoup trop loin, en prétendant que les collections purulentes dont il s'agit ici surviennent principalement par l'effet d'une inflammation succédant à une violence exercée du dehors. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elles reconnaissent fréquemment pour cause la rétention d'urine déterminée par la présence d'un obstacle dans l'urètre. Plusieurs faits relatés par les anciens chirurgiens, et quelques-uns de ceux que la pratique a offerts de

nos jours, ne permettent pas d'en douter. Eustachi rapporte qu'une pierre engagée au col de la vessie, et qui occasionnait de grandes difficultés d'uriner, donna lieu à la formation, près de l'ombilic, d'une tumeur qui s'ouvrit, laissa échapper du pus et de l'urine, et se convertit en une fistule dont la guérison ne put être obtenue qu'après le rétablissement de la voie naturelle, par l'extraction de la pierre. Chopart cite le cas d'un homme chez lequel, à la suite de plusieurs rétentions d'urine, il se forma, vers la partie moyenne et inférieure du ventre, une tumeur qui s'ouvrit d'elle-même, fournissant une grande quantité de pus et d'urine, et laissant ensuite une fistule : le malade mourut au bout de quelque temps; on trouva l'urètre obstrué par un calcul logé dans sa partie membraneuse; la fistule s'ouvrait à la partie la plus élevée du viscère : elle avait deux pouces de long jusqu'à son orifice externe. Les rétrécissemens urétraux peuvent entraîner les mêmes conséquences. Mais, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que la présence d'une sonde dans le canal, ou l'emploi soit du caustique, soit de tout autre moyen destiné à détruire la coarctation, entraîne quelquefois la formation d'abcès dans les parois vésicales. Enfin, toute phlegmasie, toute irritation prolongée du col ou du corps de la vessie, quelles qu'en soient les causes, peut entraîner le même accident, bien qu'il n'y ait pas positivement difficulté d'uriner, et qu'on ne découvre aucune communication appréciable entre le point où siége l'irritation et celui où se développe l'abcès. Sous ce rapport, la vessie est dans le même cas que l'urètre, car j'ai fait voir ailleurs qu'au pourtour du conduit excréteur de l'urine se forment assez souvent des collections purulentes dont le foyer ne communique point avec lui.

Le diagnostic des abcès de la vessie présente plus de difficultés qu'on ne pourrait le croire au premier aperçu et que ne l'ont pensé des auteurs graves. Nous lisons, en effet, dans

Chopart, qu'il faudrait être peu attentif aux caractères de la rétention d'urine et ignorer ceux d'un abcès du tissu cellulaire, pour confondre les tumeurs qu'ils produisent avec celles que la vessie distendue développe au-dessus des pubis. Mais, d'abord, il n'y a pas toujours tumeur dans le cas d'abcès : c'est ce que démontrent quelques faits consignés dans les livres et plusieurs de ceux que j'ai observés. Ensuite, quand cette tumeur existe, elle est susceptible de présenter tant de différences, qu'il y aurait de la témérité à prétendre déterminer d'emblée, et en procédant comme on l'a fait jusqu'à présent, s'il s'agit ou non d'une collection de pus, et à plus forte raison si elle a son siège dans l'épaisseur même des parois vésicales, plutôt que dans les tissus environnans. C'est sous ce dernier rapport surtout que le diagnostic offre beaucoup d'obscurité. D'un autre côté, des faits recueillis par nos contemporains démontrent qu'on a pris de simples cellules vésicales pour des abcès, et à la manière dont on s'est comporté, il était presque impossible d'éviter l'erreur. On a prétendu effectivement que l'existence d'un abcès des parois vésicales devait se conclure de ce qu'à des époques déterminées d'une maladie des voies urinaires, il s'échappait par l'urètre du pus, tantôt pur et tantôt mêlé avec de l'urine. Or, plusieurs faits relatés dans mon Traité de l'affection calculeuse, et d'autres dont j'aurai à donner l'exposé, prouvent que, souvent, chez les sujets dont les vessies sont garnies de cellules, le pus sort spontanément, pour s'épancher dans les tissus voisins, ou demeure accumulé dans la poche accidentelle, ce qu'on reconnaît à l'ouverture du corps. M. Cousin en a, cette année même, produit un exemple fort remarquable dans le Bulletin de la Société anatomique. Donc, la sortie accidentelle du pus par l'urètre n'est pas un indice certain d'abcès des parois vésicales ; donc, si l'on se borne à ce seul caractère, on est exposé à commettre des méprises, et à con-

fondre les abcès en question avec les cellules vésicales.

Je viens de dire que les abcès des parois vésicales ne produisent souvent pas de tumeur appréciable, soit que celle-ci, ayant peu de volume ou beaucoup de largeur, se fonde pour ainsi dire avec les parties environnantes, soit que son siège, dans l'excavation pelvienne, vers la face postérieure ou latérale de la vessie, la rende inaccessible à nos moyens d'investigation, surtout chez les sujets chargés d'embonpoint. Les complications existantes peuvent d'ailleurs faire prendre le change au praticien, et ce n'est alors que par un concours fortuit de circonstances qu'il arrive quelquefois à soupçonner la vraie nature du mal. La douleur n'a aucun caractère spécial, et parfois même elle n'existe pas. Le toucher par le rectum est presque toujours inutile. La saillie que la tumeur, s'il y en a une, peut faire sur les côtés de la vessie, est rarement assez prononcée pour qu'on l'apprécie, ou du moins pour permettre de distinguer ce qu'elle contient. Les troubles fonctionnels de la vessie n'offrent rien de particulier non plus. Ce n'est donc qu'à l'ouverture de l'abcès qu'on peut être éclairé sur la nature de la maladie : encore même y a-t-il alors beaucoup d'obscurité ; car on voit bien du pus, soit dans l'urine, soit dans les matières fécales, mais ce pus peut provenir de différentes sources. Quant aux explorations par la face interne de la vessie, il est rare qu'on en tire quelque lumière. La plupart du temps, la tumeur n'est point en relief dans le viscère ; et le fût-elle même, on ne parviendrait pas à en distinguer le contenu. Nous avons démontré d'ailleurs, en traitant des fongus, combien ces explorations laissent encore à désirer.

Les ressources de l'art, en ce qui concerne le diagnostic, sont donc à-peu-près restreintes aux cas dans lesquels la collection purulente se dessine à la face antérieure et au sommet de la vessie. On voit alors se développer, à la région inférieure du ventre, une tumeur variable eu égard à sa

forme, à son volume, à sa dureté et à son mode de développement. Quand elle est petite, et que le viscère a peu de capacité, cette tumeur peut demeurer cachée derrière les pubis. On peut même ne point en soupçonner l'existence, comme il arriva chez un malade dont j'ai parlé dans ma seconde Lettre sur la lithotritie; là une collection purulente considérable ne fut découverte qu'au moment où l'on divisa les parois abdominales pour pratiquer la cystotomie sus-pubienne.

Les méprises sont donc faciles, et elles ont été commises plus d'une fois, même par des praticiens exercés. Colot était cependant parvenu à s'en garantir, et Home assure avoir eu le même bonheur. Mais Hunter n'y a point échappé; chez un malade dont la vessie regorgeait d'urine, et qu'on croyait atteint d'ascite, on reconnut cette grave erreur de diagnostic à l'odeur et aux autres qualités du liquide fourni par la canule du trois-quarts qu'il avait plongé à travers les parois abdominales. L'erreur peut devenir plus facile encore quand la vessie, pleine d'urine, fait saillie à l'aine, et non sur la ligne médiane, ce qui arrive quelquefois. Verdier parle d'une tumeur de ce genre, qui fut prise pour un abcès vénérien; on appliqua le cautère, on incisa l'escarre, et une pierre au fond de la plaie, jointe à l'urine qui s'écoula, mit en évidence la grave erreur dans laquelle on était tombé.

Ainsi, on peut croire qu'il s'agit d'un abcès chez un malade atteint de rétention d'urine, et de rétention d'urine lorsqu'il est question d'un abcès. La méprise tient aux difficultés qu'on éprouve à introduire la sonde, et l'on conçoit d'après cela combien il importe de chercher tout d'abord à faire pénétrer cet instrument dans la vessie, question sur laquelle je reviendrai. Qu'il me soit permis de présenter ici deux faits à l'appui des assertions que je viens d'émettre.

L'un de ces faits a été recueilli dans un hôpital de Paris, et publié, en 1829, par les journaux de médecine. Un vieillard, dont l'urètre était rétréci, fut attaqué de rétention com-

plète d'urine : un abcès urineux se forma au périnée, et une tumeur considérable apparut à la région hypogastrique. On fit des tentatives réitérées, avec les sondes ordinaires d'abord, puis avec les sondes coniques, pour pénétrer dans la vessie par la voie naturelle ; mais le canal était si resserré qu'on échoua. La tumeur de l'hypogastre ne fut pas attribuée à la vessie distendue ; ni globuleuse, ni régulière, ni résistante, elle était molle et parsemée d'inégalités, et elle occupait spécialement le flanc droit ; on la prit pour un abcès. En conséquence, on l'ouvrit ; mais, au lieu de pus, ce fut de l'urine qui en sortit. L'incision ayant assez d'étendue pour permettre d'introduire le doigt dans la vessie, on eut l'idée de glisser une sonde d'arrière en avant, pour chercher à vaincre le rétrécissement. La manœuvre ne réussit pas ; elle n'eut d'autre résultat que de faire connaître l'épaisseur de la coarctation d'après l'espace existant entre les extrémités de deux sondes placées dans le canal, l'une d'avant en arrière, l'autre d'arrière en avant. Le lendemain, on sentit la nécessité d'ouvrir l'abcès périnéal, et de fournir à l'urine une issue par cette voie. Le malade succomba. En ouvrant le corps, on constata que la face antérieure de la vessie adhérait à la partie abdominale dans une étendue plus grande qu'à l'ordinaire ; la vessie était à cellules, et avait des parois fort épaisses ; l'abcès du périnée communiquait avec une crevasse de l'urètre ; le canal était presque entièrement oblitéré dans l'étendue d'un pouce.

Quelque temps après se présenta, dans mon service, à l'hôpital Necker, un fait que j'indiquerai le plus rapidement possible. Un homme de quarante ans éprouvait depuis plusieurs années des difficultés d'uriner, causées par un rétrécissement de l'urètre. Le canal était fort irritable. Les premières bougies furent supportées avec peine : on eut recours à des applications légères de caustique, qui n'amenèrent aucun résultat, et auxquelles on substitua des sondes à demeure. Ce fut

alors que le malade se fit admettre à l'hôpital. Le traitement fut continué par l'emploi des sondes; mais la santé générale, au lieu de s'améliorer, devenait de plus en plus mauvaise : il survint de la fièvre, avec perte de l'appétit et du sommeil. Le malade, attribuant ces accidens au séjour de l'hôpital, en sortit, pour y rentrer, quelques jours après, avec de nouveaux symptômes; il s'était d'abord manifesté, à la fesse gauche, une douleur vive, qui disparut à la suite d'une application de sangsues. Au bout de quatre jours, survint une autre douleur à la région hypogastrique, avec tuméfaction progressive. Bientôt la tumeur eut acquis le volume du poing, et cependant l'état général s'était amélioré; le malade ne portait plus de sonde : il urinait même avec assez de facilité. Tout me faisait donc un devoir de redoubler d'attention à l'égard du diagnostic. On ne pouvait admettre que la tumeur hypogastrique dépendît d'une accumulation de l'urine, puisqu'elle persistait, quoique moins saillante, après que la vessie avait été vidée par la sonde. L'extrémité recourbée de l'instrument, placée dans la vessie sur un point correspondant à la main appliquée sur l'hypogastre, permettait de déterminer l'épaisseur des parties tuméfiées, et d'en circonscrire l'étendue, du moins en avant; car, en arrière, où l'on sentait la tumeur s'étendre, on ne pouvait acquérir que des notions très confuses, malgré la maigreur du malade et la souplesse des parois abdominales. Quant à la surface interne de la vessie, je m'assurai, soit par la sonde, soit par le trilabe, qu'il n'y avait pas de proéminence notable : seulement je reconnus une dureté insolite vers le sommet du viscère. Les selles se faisaient avec régularité, ce qui donnait une forte présomption que le canal intestinal n'était pas atteint, du moins fortement. La position de la tumeur, et surtout l'endroit où la fluctuation devenait chaque jour plus évidente, ne laissant aucune crainte de produire quelque lésion grave en procédant à l'ouverture, je me décidai à pratiquer une incision, qui

donna issue à une énorme quantité de pus très liquide. Dès-lors, le ventre s'affaissa, et le malade fut soulagé. Le surlendemain, j'introduisis un stylet boutonné dans la cavité de l'abcès; ma surprise fut grande de parvenir jusqu'au sacrum, et de promener cet instrument sur une large surface du sommet de la vessie. Ainsi, l'abcès occupait la plus grande partie du détroit supérieur du bassin. La suppuration continua pendant plusieurs semaines; elle diminua de quantité à mesure que le foyer se resserra, et finalement la guérison fut parfaite. La surface interne de la vessie n'avait pas été atteinte par l'inflammation établie à l'extérieur; car l'urine conserva toujours ses qualités normales. Seulement le viscère avait perdu de sa capacité, ce qu'on reconnaissait à la fréquence des besoins d'uriner, et surtout à la petite quantité d'eau qu'il était possible d'introduire par les injections. On avait cherché à déterminer si l'abcès s'était formé dans l'épaisseur même des parois vésicales ou à leur circonférence; il fut impossible d'acquérir aucune donnée précise à cet égard.

Il est du plus haut intérêt de distinguer les abcès qui ont lieu dans l'épaisseur même des parois de la vessie de ceux qui sont la conséquence de l'accumulation du pus dans une cellule. Car il arrive quelquefois aux cellules vésicales de s'enflammer, et le produit de cette inflammation, au lieu de s'échapper par la vessie, comme il le fait presque toujours, peut s'accumuler dans le lieu de sa formation, s'épaissir, et constituer une collection qui s'ouvre dans la cavité abdominale. L'un des cas que j'ai rapportés en offre un exemple, tandis que les autres concernent les abcès dans les parois vésicales. La tumeur diffère dans l'une et l'autre circonstance. Lorsqu'il s'agit d'une cellule, elle est plus circonscrite, plus arrondie, plus saillante; dans l'autre cas, elle est plus évasée, plus large, et gagne en étendue ce qui lui manque en élévation. La disposition des fibres musculaires de la vessie explique très bien cette dernière particularité. C'est ordinaire-

ment entre les deux plans musculeux que l'abcès se développe; il y a alors séparation, écartement de ces deux plans, dans une étendue proportionnée à la quantité du liquide. Dans le cas que nous venons de citer, la tumeur faisait peu de saillie, mais elle était très large, et occupait les deux tiers de la région hypogastrique. Sa surface était très uniforme, mais dure dans toute son étendue. A mesure que le mal fit des progrès, on remarqua du ramollissement. La fluctuation put être reconnue, mais d'une manière tellement vague, que si l'on avait été réduit à ce seul signe, il eût été imprudent de prendre une détermination.

Les abcès des parois vésicales peuvent être confondus avec ceux qui ont pour siège le tissu cellulaire voisin de la vessie, soit qu'ils communiquent avec l'intérieur du viscère, soit qu'ils n'aient aucune communication avec lui. Ces sortes d'abcès ne sont pas rares. MM. Andral et Brodie, entre autres, en ont rapporté des exemples; on en doit un fort remarquable à M. James Johnson, et j'ai eu occasion aussi d'en observer quelques-uns. Je n'examinerai pas s'ils sont, comme on le pense, le résultat de péritonites partielles; mais je ne puis omettre de faire ressortir l'analogie existante entre eux et ces dépôts, dont j'ai parlé dans le premier volume, qui, ayant tous les caractères d'abcès urineux, se forment au voisinage de l'urètre, sans nulle communication avec lui. Il est bien certain que, dans beaucoup de cas, la cavité de l'abcès et celle de la vessie ne communiquent point ensemble, puisqu'il ne sort pas d'urine par l'ouverture du premier, lors même que la seconde est distendue par le liquide. Quant à ceux où il y a réellement communication, celle-ci peut être primitive ou consécutive, c'est-à-dire que l'abcès peut succéder à une infiltration lente d'urine, ou la fistule dépendre de ce que le pus a fusé vers l'intérieur, au lieu de se prononcer au dehors. L'une et l'autre hypothèses sont également admissibles; mais la seconde me semble être la plus probable, ou

du moins celle qui s'applique au plus grand nombre de cas.

Lorsque les abcès en question ont leur siège à la région postérieure de la vessie, vers le bas-fond, il est très facile de les confondre avec certains abcès de la prostate. S'ils s'ouvrent dans le rectum, le passage de l'urine par cet intestin a lieu et persiste plus ou moins long-temps. Quelquefois les malades guérissent beaucoup plus facilement qu'on ne pourrait le penser. Entre autres cas, je citerai le suivant, emprunté à la Gazette médicale. Quoique le siège de la maladie n'ait pas été déterminé avec toute la précision désirable, il y avait sans le moindre doute abcès et passage de l'urine par le rectum. Un homme de quarante ans fut atteint, après plusieurs gonorrhées, d'un rétrécissement de l'urètre, que l'on traita par la cautérisation et la dilatation. Bientôt survint à l'anus et au sacrum une douleur vive, avec fièvre, qui fut attribuée à l'usage des sondes, que le malade introduisait lui-même. Malgré les antiphlogistiques, il se forma un abcès, qui s'ouvrit dans le rectum. L'urine sortit d'abord par l'anus, mais elle reprit bientôt son cours naturel.

Enfin, les abcès vésicaux peuvent être confondus avec des collections purulentes développées soit dans les aines, soit à la région hypogastrique, avec des tumeurs nées dans le petit bassin ou les fosses iliaques, même avec les déplacemens du rein, comme le dit M. Rayer, ou avec les tumeurs que forment les testicules lorsqu'ils restent engagés dans les conduits inguinaux, ainsi que M. Gama en cite un exemple. Il ne saurait entrer dans mon plan d'épuiser toutes les considérations qui naîtraient de là sous le point de vue du diagnostic ; mais je dois appeler l'attention des praticiens sur ces diverses circonstances, qui sont susceptibles, quand on n'y a point égard, d'entraîner dans les méprises les plus graves. Mon but est atteint si j'ai démontré que le diagnostic des abcès des parois de la vessie offre plus de difficultés que ne le pensent ceux qui l'ont présenté comme une chose

des plus simples et n'exigeant qu'un examen superficiel.

Il est difficile de déterminer quelle sera l'issue d'une collection purulente développée au pourtour de la vessie ou dans l'épaisseur de ses parois. La situation de la tumeur donne la probabilité, mais non la certitude, que le liquide prendra telle ou telle direction. On l'a vu s'épancher dans la cavité péritonéale, à l'extérieur, vers l'hypogastre ou du côté de l'ombilic, à l'intérieur, dans le vagin, la matrice, le rectum, le colon, le tissu cellulaire pelvien. On pourrait penser qu'il s'opère parfois une sorte de résolution incomplète, suivie d'une induration circonscrite des parois vésicales. Peut-être y a-t-il d'autres modes de terminaison qu'il ne nous est pas encore donné de déterminer. Quoi qu'il en soit, le plus communément, l'abcès, pour peu qu'il soit considérable, se fraie une issue par l'un des points que je viens d'indiquer; mais on prévoit combien les conséquences doivent varier.

Si l'épanchement a lieu dans la cavité abdominale, comme on en cite divers exemples, et comme je l'ai observé moi-même, les accidens les plus graves en sont la conséquence ; c'est ce que les autopsies viennent nous révéler. Je citerai à ce sujet le fait suivant.

Le 6 mars 1840 fut admis, à Necker, un homme, âgé de 58 ans, exerçant la profession de tonnelier. Cinq mois auparavant, cet homme, qui jusqu'alors avait joui d'une assez bonne santé, s'était avisé de boire de l'eau très froide, étant en sueur. Il fut pris sur-le-champ de fortes coliques, qui cédèrent néanmoins au repos et à la diète. Mais depuis lors les envies d'uriner devinrent très fréquentes , et chaque émission laissait à la suite de vives douleurs, tant au col de la vessie que dans toute la région hypogastrique. Le malade en éprouvait aussi dans les reins. Un médecin qu'il consulta lui fit établir , au-devant des pubis, un séton, qui, ne produisant aucun effet, fut supprimé dix jours après. Au moment de l'entrée à l'hôpital, il y avait faiblesse générale,

peu d'appétit, langue blanche, urines très fréquentes, chargées de mucosités et rougissant à peine le papier de tournesol, douleurs vives dans la vessie, le bas-ventre et la région lombaire. Le cathétérisme n'ayant rien fait découvrir, je préparai le malade à une exploration plus complète par des boissons diurétiques, des bains, des lavemens émolliens et l'introduction de bougies molles dans l'urètre. Quatre jours après l'admission, les douleurs de bas-ventre augmentèrent, et il se manifesta un léger accès de fièvre. On suspendit l'usage des bougies, et l'on prescrivit la diète, avec des cataplasmes laudanisés sur les parties douloureuses. Le lendemain, 11 mars, le malade fut pris d'envies d'uriner très intenses, qu'il ne put satisfaire, et qu'accompagnaient de fortes contractions des muscles abdominaux, avec douleurs dans le bas-ventre. Une sonde, introduite dans la vessie, n'amena point d'urine, quoiqu'il n'en fût pas sorti spontanément depuis cinq heures. De vives douleurs se faisaient ressentir en même temps dans les reins; un bain et une potion opiacée procurèrent quelque soulagement. Le 12, le malade était très abattu, et les mêmes symptômes persistaient. Le 13, à huit heures du soir, les envies d'uriner s'étant renouvelées, on introduisit la sonde, qui ne procura la sortie que d'une très petite quantité d'urine trouble et fétide. Le 14, survint le dévoiement. Le 15, le malade fut pris de hoquets; il avait le pouls très agité, la langue sèche, la peau couverte de sueur, la respiration gênée, symptômes qui continuèrent les jours suivans, la faiblesse faisant toujours des progrès. Le 19, il y eut, dans la nuit, des vomissemens, qui se renouvelèrent plusieurs fois. Vers le matin, le malade était constamment assoupi; les douleurs n'avaient point diminué, non plus que le dévoiement. Le 21, la mort eut lieu. En ouvrant l'abdomen, on reconnut que la face antérieure de la vessie avait contracté des adhérences avec la paroi abdominale, au-dessus des pubis, derrière le point

où jadis avait été établi le séton. Cette adhérence recouvrait une cavité qui aurait pu loger un très gros œuf de dinde, et qui communiquait avec l'abdomen, par une ouverture presque circulaire, d'un pouce et demi de diamètre environ, dont les bords étaient découpés et comme frangés. La cavité elle-même contenait un pus épais, fétide, gris et strié de noir, dont on faisait sortir une grande quantité en appuyant sur la vessie. Adjacent à la face postérieure du corps des pubis, cet abcès s'étendait à droite et à gauche, au point de s'engager sous les anneaux inguinaux. Sa face correspondante aux pubis était criblée de trous ; on y distinguait plusieurs filamens isolés, disséqués, s'étendant d'un point à l'autre du foyer. Au centre de la partie adjacente à la paroi antérieure de la vessie , on apercevait une ouverture, par laquelle l'abcès communiquait avec le viscère. Cette ouverture était ovale et lisse ; elle ressemblait à l'orifice d'une cellule. La vessie, ouverte par sa face postérieure, ne montrait aucun vestige ni du trigone, ni de la saillie prostatique, ni de l'orifice urétral; on ne put reconnaître ce dernier qu'après avoir passé une sonde dans l'urètre. Au-dessus de l'orifice urétral se trouvait une dépression notable; on eût dit que la vessie avait essayé de s'engager sous l'arcade pubienne. A la partie supérieure de cette dépression, la face de l'organe était accollée aux pubis, et même à la paroi abdominale, avec laquelle elle avait contracté de fortes adhérences. Plus bas que l'orifice interne de l'urètre, dans le point correspondant au rebord postérieur du trigone, on voyait une petite bande ligamenteuse, isolée, détachée vers son milieu, et implantée de chaque côté près des orifices des uretères. Du reste , la face interne de la vessie , de couleur livide pâle, avec des points noirâtres , était inégale , bosselée, granulée, striée ; elle représentait une vaste surface cancéreuse cicatrisée, ou une cavité purulente tapissée de végétations. En voyant la pièce isolée, il eût été difficile d'y reconnaître la vessie ,

dont la face interne et la forme ne conservaient rien de normal ; les parois étaient légèrement hypertrophiées, et la membrane muqueuse, entièrement détruite, laissait voir à nu les faisceaux musculeux. On ouvrit l'urètre, et on divisa le col vésical, au-devant duquel existait un autre abcès, situé sous l'arcade pubienne, et s'étendant jusqu'à la racine des corps caverneux. Au milieu de ce foyer, on voyait la partie membraneuse de l'urètre, qui avait été dénudée, mais seulement sur les côtés et à sa face supérieure, car inférieurement elle adhérait à la paroi recto-urétrale. Sous ce rapport, le cas dont il s'agit diffère d'un autre, analogue jusqu'à un certain point, que j'ai fait connaître dans le premier volume de ce traité. Ce second abcès communiquait avec l'urètre par une petite ouverture, et sa surface interne était, comme celle du foyer hypogastrique, granulée, inégale, avec des cordons filamenteux s'étendant d'un point à un autre en divers sens. Vers le lobe droit de la prostate, près de la crête urétrale, on remarquait une petite ouverture, qui fut prise d'abord pour une fausse route incomplète, mais qu'ensuite on reconnut appartenir à un très petit abcès développé dans l'épaisseur de ce lobe. D'ailleurs, rien d'anormal dans le tissu de la glande, qui était plutôt atrophiée qu'hypertrophiée ; rien non plus dans l'urètre, qui était sain jusqu'à la partie prostatique, où se voyaient quelques granulations et un peu de rougeur. Le rein droit était sain, le gauche avait un peu augmenté de volume, et sa face externe présentait une multitude de granulations blanchâtres. Une incision pratiquée dans le sens de sa convexité, donna issue à beaucoup de pus blanc et bien lié. Les calices, le bassinet et l'intérieur de l'uretère étaient transformés en une sorte de couenne lardacée, de couleur jaune, et couverte de granulations très rapprochées. Les poumons, principalement le droit, adhéraient à la plèvre costale, dans une grande partie de leur étendue, et offraient à leur sommet de petits

tubercules non ramollis. Le pourtour du pylore était dur et squirrheux; en arrière, il existait une tumeur cancéreuse, non ulcérée, qui obstruait presque complètement cet orifice. Le péritoine était rouge, contenait une petite quantité de liquide rougeâtre, et présentait plusieurs adhérences. La plus grande partie de la face externe des intestins était rouge; le bassin et les fosses iliaques contenaient beaucoup de sérosité purulente, exhalant une odeur infecte.

Ainsi ce malade offrait une réunion d'états morbides extrêmement graves : des tubercules pulmonaires, un cancer de l'estomac, des abcès à l'hypogastre et sous l'arcade pubienne, un épanchement d'urine et de pus dans l'abdomen, une péritonite générale, et une désorganisation de l'un des reins, sans que, pendant la vie, on eût observé aucun symptôme propre à les faire soupçonner. Une lésion rénale fut la seule chose dont on eut une idée vague, parce qu'on ne découvrait rien qui rendît compte de l'épuisement du sujet, de sa prostation, de la suppression d'urine, et des hoquets dont il fut atteint à ses derniers momens. Le facies et l'état général annonçaient une mort inévitable ; c'est ce qui me détourna de faire des explorations qui n'auraient que déterminé des douleurs, sans d'ailleurs apprendre autre chose que l'existence de lésions incurables. C'était un de ces cas où, malgré le défaut de données suffisantes pour asseoir un diagnostic précis, l'ensemble des symptômes qui frappent les yeux fait pressentir le résultat définitif, et où un praticien expérimenté se range volontiers du parti de ceux qui pensent que le rôle de simple observateur mérite la préférence.

Il n'est pas rare que les abcès des parois de la vessie s'ouvrent dans le canal intestinal; j'en ai vu quelques exemples, et l'on en trouve un assez grand nombre dans les auteurs. Ces différentes observations ont mis à même de connaître et les ressources de la nature dans des cas où l'art est impuissant, et les bizarreries que l'affection peut alors présenter.

Dans un cas qui s'est offert à moi au commencement de ma pratique, et dont j'ai déjà parlé dans le Traité de l'affection calculeuse, un abcès, en apparence peu volumineux, des parois vésicales ou recto-vésicales, s'était ouvert dans le rectum plusieurs années avant que le malade vînt réclamer mes soins pour être délivré d'une pierre qui fut détruite par les procédés de la lithotritie. Il était résulté de là, entre le rectum et la vessie, une communication qui permettait, mais seulement d'une manière accidentelle et temporaire, le passage de l'urine par l'anus et celui des vents par la verge. Il me fut impossible de découvrir le point où existait cette communication. Le malade fut guéri de la pierre, mais il conserva son infirmité.

Le plus remarquable des faits, déjà anciens, qui se sont présentés à moi, en ce qui concerne la communication de l'abcès avec le canal intestinal, est celui d'un jeune homme de quatorze ans, qui, à la suite de quelques troubles fonctionnels du côté de la vessie, éprouva, à la région hypogastrique, jusqu'à l'ombilic et à la fosse iliaque droite, une douleur profonde, avec tuméfaction et induration des points indiqués, mais sans changement de couleur à la peau. Pendant quelques semaines, il y eut plutôt gêne et embarras que véritable douleur; le malade ne s'en occupa point. Comme il était d'un tempérament lymphatique très prononcé, on attribua le gonflement du ventre à une influence scrofuleuse; mais la vessie finit par se prendre d'une manière plus sérieuse. Il y avait des besoins fréquens d'uriner, avec vive douleur pour les satisfaire; l'urine était fortement chargée de mucosités, et tendait à devenir purulente. Ce fut alors seulement qu'on m'appela. Je trouvai de la fièvre, de l'agitation et un état d'angoisse très pénible; la région hypogastrique était dure et tendue; la tumeur s'étendait du pubis à l'ombilic : elle était déjetée à droite plus qu'à gauche. Le palper me fit penser qu'elle ne tenait pas à la plénitude de la vessie, et une sonde,

introduite dans le viscère, m'en procura la certitude; mais je ne savais que penser de sa nature. Broussais, qui voyait le malade avec moi, partageait mon incertitude. Il n'y avait pas encore de fluctuation manifeste ; à peine découvrait-on une sorte d'empâtement près de l'ombilic, tandis qu'à la partie inférieure, et sur le côté, la dureté était considérable. Le malade était fort indocile, et se prêtait difficilement à tout ce qu'il convenait de faire pour établir le diagnostic. On se borna à prescrire des sangsues, des cataplasmes, des bains, le repos. Trois jours après, la tumeur avait encore augmenté, et la fluctuation était manifeste près de l'ombilic, mais il n'y eut pas moyen de déterminer le sujet à laisser pratiquer une ouverture. Les mêmes moyens furent continués, et l'abcès s'ouvrit spontanément, au-dessous de la cicatrice ombilicale. Il s'en écoula une énorme quantité de pus fétide, peu consistant et brunâtre. Tout nous portait à croire qu'il y avait un peu d'urine mêlée avec ce liquide, et d'ailleurs, depuis quelques jours, l'urine contenait beaucoup de matière purulente. Deux jours après, les accidens du côté de la vessie avaient cessé, et l'urine s'était éclaircie. Les symptômes généraux se dissipèrent; mais, à chaque pansement, le malade était fatigué par les pressions qu'on était obligé d'exercer sur la tumeur, afin de faire sortir le pus par l'ouverture si défavorablement située à la partie supérieure. Au bout de quelque temps, il contracta une indigestion, qui fut suivie de fièvre, de malaise général et de douleur locale. Notre surprise fut grande, le lendemain, de trouver des alimens dans la suppuration. On ne pouvait plus douter que l'abcès ne communiquât avec le canal intestinal. Ce passage des alimens par la plaie continua sans qu'on parvînt à découvrir le point du tube digestif qui était ouvert. Tout ce qu'on fit pour tarir la suppuration demeura inutile. Plusieurs de mes confrères les plus éclairés furent appelés en consultation pour déterminer s'il ne serait pas convenable de pratiquer une contre-

ouverture à la partie la plus déclive, qui se trouvait au-dessus de l'arcade crurale droite ; mais, vers ce point, aussi bien qu'au-dessus des pubis, où les stylets, introduits par l'ouverture sous-ombilicale, pénétraient aisément, on sentait une si grande épaisseur entre l'instrument recourbé et le doigt placé sur les tégumens, qu'on fut arrêté par la crainte d'intéresser quelque organe important. Les choses en restèrent là; le sujet continua de vivre, alternativement malade et bien portant. Je l'ai revu cinq ans après ; il avait grandi, s'était fortifié, et continuait de rendre par la fistule du pus séreux, entraînant parfois des alimens à demi digérés. Jamais on ne découvrit de pus dans les selles, qui étaient d'ailleurs fort irrégulières. L'appétit était bon, la vessie faisait bien ses fonctions, et l'urine contenait rarement des mucosités.

Il en est de même quand le pus s'épanche dans le tissu cellulaire du petit bassin; la mort peut ne pas avoir lieu d'une manière immédiate. On paraît même autorisé à penser qu'elle ne dépend point toujours de cette cause. Les ouvertures des corps viennent seules dévoiler et la véritable cause de la mort et la méprise de diagnostic.

La terminaison spontanée la moins grave est celle dans laquelle le pus se fait jour du côté des voies urinaires. Il est rationnel de penser qu'alors la guérison puisse avoir lieu. C'est, en effet, ce que démontrent les faits précédemment indiqués. Toutefois, je répète qu'il ne faut pas perdre de vue qu'on a souvent considéré comme un abcès des parois vésicales ce qui était un état morbide bien différent. On aurait donc grand tort de juger exclusivement cette terminaison d'après les cas auxquels je fais allusion. Les faits complets et bien constatés ne sont pas en assez grand nombre pour permettre d'établir rien de positif à son égard.

Ces considérations suffisent pour faire sentir combien il est nécessaire d'attirer au dehors les collections purulentes qui se forment au pourtour de la vessie ou dans l'épaisseur

même de ses parois. On aurait tort de compter que cette terminaison aura lieu spontanément, bien que certains faits en laissent entrevoir la possibilité. Il faut donc la provoquer par les moyens dont l'art dispose, et choisir ceux qui permettent de procéder avec le plus de promptitude, de la manière la plus directe, car on a tout à craindre de la temporisation. A l'exception d'un petit nombre de cas, on n'ira point, à l'exemple de quelques praticiens, appliquer des caustiques pour obtenir des escarres, qu'ensuite on divise. Cette méthode est trop lente. Ce qui convient dans la majorité des cas, c'est de recourir au bistouri, aussitôt qu'on a établi le diagnostic, et quand la collection est placée de manière à ce qu'on puisse l'atteindre. C'est ce que j'ai fait avec succès dans des cas dont j'ai parlé, et dans un plus récent, qui a déjà été publié dans le Compte rendu de ma clinique à l'hôpital Necker, mais dont je crois devoir reproduire ici les principales circonstances.

Un homme adulte, de bonne constitution, mais fort irritable, éprouvait depuis quelque temps tous les symptômes rationnels de la pierre. L'existence d'un corps étranger dans la vessie ayant été constatée, il se fit admettre à l'hôpital Necker. Après l'avoir soumis au traitement préparatoire que j'ai coutume d'employer, je procédai à la destruction du calcul, d'abord avec un lithoclaste fenêtré, puis avec un instrument à mors plats. Les premières séances furent suivies de la sortie d'une grande quantité de débris; mais des fragmens d'un certain volume s'arrêtèrent dans la partie membraneuse de l'urètre, d'où il fallut extraire les uns et repousser les autres dans la vessie. Leur séjour et les manœuvres qu'ils rendirent nécessaires causèrent de la douleur et un agacement général, avec quelques accès de fièvre. Ces accidens cédèrent à un traitement méthodique. On se disposait à reprendre le broiement de la pierre, quand le malade accusa une douleur vague et profonde à l'hypo-

gastre; en palpant cette région, on découvrit une induration très étendue, surtout vers l'aine droite; il y avait aussi un léger gonflement, mais la douleur était peu prononcée, et la pression ne causait pas les besoins d'uriner qu'elle provoque quand la tumeur résulte de la plénitude de la vessie. Pour déterminer la nature de cet empâtement, je procédai de la manière suivante. J'introduisis une sonde, par laquelle ne s'écoula qu'une petite quantité d'urine, sans qu'aucun changement se manifestât dans la tumeur hypogastrique ; celle-ci ne tenait donc pas à une accumulation d'urine, puisque le réservoir avait été vidé. J'injectai alors de l'eau dans la vessie, de manière à la distendre et à pouvoir en explorer toute la face antérieure au moyen d'une sonde à courbure prononcée. Rien d'anormal ne fut non plus découvert ainsi. La distension de la poche urinaire rendait seulement la tumeur plus saillante, mais sans rien changer à sa forme. Dès-lors, il demeura constant que celle-ci résultait d'un épaississement des parois vésicales ou des tissus qui recouvrent le viscère. Mais ces derniers tissus n'offraient aucune trace de lésion : on n'apercevait ni rougeur, ni tension, ni douleur, ni tuméfaction en dehors de l'aponévrose abdominale. Le mal avait donc son siège plus profondément; tout portait à croire qu'il affectait la vessie elle-même, et que les parois de cet organe étaient envahies par un abcès. Tel fut le diagnostic que je portai, sous la réserve des modifications que pourraient apporter d'ultérieures recherches. Mais nous eûmes bientôt la preuve que la maladie avait été bien jugée : la tumeur augmenta dans tous les sens, en étendue comme en élévation ; il se manifesta de la douleur, et une sorte de fluctuation se fit sentir. Une fois bien fixé sur la nature du mal, on jugea qu'il était urgent d'ouvrir une voie large et facile au liquide, avant pour ainsi dire que le dépôt se fût formé. On fit donc, à la région hypogastrique, sur la ligne médiane, une incision large et profonde, comme s'il eût été

question de pratiquer la cystotomie sus-pubienne pour une petite pierre. Il ne s'écoula que du sang et quelques filets de pus; la suppuration ne parut pas davantage le lendemain ni les jours suivans. On se contenta de mettre de la charpie dans la plaie et des cataplasmes sur la tumeur. Quoique celle-ci n'eût point changé, le malade éprouvait un grand soulagement, de sorte qu'il résolut de quitter l'hôpital. Mais à peine était-il monté en voiture, qu'une quantité considérable de pus s'écoula par la plaie; la tumeur s'affaissa, en même temps qu'elle diminua d'étendue et de dureté; la suppuration se tarit après avoir duré plusieurs jours, et quand le malade rentra dans le service des calculeux, au bout d'un mois, la paroi antérieure de l'abdomen était aussi souple que s'il n'y eût point eu d'abcès; il ne restait qu'une cicatrice assez large, mais beaucoup moins profonde qu'après la cystotomie. L'urine n'éprouva aucune altération notable ni pendant ni après la formation et le développement de la collection purulente. Le traitement de la pierre par la lithotritie fut repris, et le malade supporta très bien les quatre petites séances qui furent nécessaires pour détruire ce corps. Deux explorations procurèrent la certitude que la vessie était entièrement débarrassée. Le malade sortit enfin dans un état de santé parfaite.

D'importantes considérations pratiques se rattachent à ce fait, sous le rapport du diagnostic, du traitement, du volume énorme de la tumeur, et de la quantité de liquide qu'elle contenait.

En ce qui regarde le diagnostic, je l'avais établi avec assez de précision pour que, malgré des avis opposés, et quoiqu'il n'existât pas de fluctuation manifeste, je pusse assurer qu'il y avait une collection purulente, et que cette collection s'était faite dans l'épaisseur des parois vésicales ou au pourtour du sommet et de la face antérieure du viscère. Explorations répétées, analogie avec d'autres cas, absence de lésions dans

les tissus voisins de la vessie, tout me donnait la certitude que la maladie était réellement un abcès. A la vérité, l'incision ne fut pas assez profonde pour atteindre directement la collection purulente, ou du moins n'en intéressa-t-elle que des ramifications, car il ne s'écoula que quelques gouttes de pus avec le sang; mais la résistance des tissus était détruite de ce côté, et au bout de quelques jours plus d'un verre de pus s'échappa par la voie ouverte. Cette quantité n'était pas en rapport avec le volume et l'étendue de la tumeur, qui paraissait très profonde, et qui occupait la plus grande partie de la région hypogastrique. Quant à la capacité de la vessie, que j'avais rigoureusement déterminée au moyen des injections, elle était fort ordinaire, et ce n'est pas à elle qu'on pouvait rapporter le volume de la tumeur. Sous ce rapport donc, le cas se rapproche de plusieurs autres que j'ai rencontrés, et d'autres encore qui ont été observés par d'anciens praticiens. L'épaisseur, soit des parois vésicales, soit de celles de l'abcès, est généralement considérable, ce qui tend à faire croire la collection plus vaste qu'elle ne l'est réellement. La même chose arrive à la plupart des abcès sur la production desquels l'urine exerce de l'influence, et tous les jours on en a la preuve dans les dépôts urineux du périnée.

Une autre particularité très remarquable de ce cas fut la promptitude avec laquelle la tumeur s'affaissa, les parties recouvrèrent leur élasticité après l'évacuation de la matière purulente, et les parois vésicales revinrent à leur état normal. Du reste, cette série de désordres n'exerça aucune influence sur le résultat de la lithotritie, qui fut aussi satisfaisant qu'on pouvait le désirer.

A l'égard de la manière d'ouvrir les abcès vésicaux, il serait presque oiseux de dire qu'on doit procéder avec les plus grandes précautions. En effet, les organes voisins peuvent avoir subi des déplacemens : ils peuvent aussi avoir été envahis par l'inflammation, d'où résultent des adhérences

ou des communications anormales, qui exercent une grande influence sur la conduite à tenir et sur les effets de l'opération. Ainsi, on a quelquefois reconnu, après la mort, que la paroi antérieure de l'abdomen adhérait à la vessie dans une grande étendue, soit en hauteur, soit en largeur. Ces adhérences, faciles à concevoir, multiplient les chances en faveur de l'opération, car elles diminuent celles de pénétrer dans la cavité péritonéale. D'un autre côté, les déplacemens accidentels, soit du sommet de la vessie, soit des intestins, pourraient faire naître des dangers là où il n'y en a ordinairement point.

CHAPITRE IV.

DES TUMEURS DÉVELOPPÉES A LA FACE EXTERNE DE LA VESSIE.

Les tumeurs qui se prononcent à la face externe de la vessie, sont de trois sortes. Les unes dépendent d'un développement irrégulier de l'organe, quand il passe de l'état de vacuité à celui de plénitude. Les autres sont la conséquence d'une hernie de la membrane interne à travers la couche musculeuse, en dehors de laquelle elle va faire saillie. Il y en a enfin qui tiennent au déplacement de la totalité ou d'une partie de la vessie.

ARTICLE I.

Du développement irrégulier de la vessie.

Un grand nombre de faits, dont j'ai consigné la plupart dans le Traité de l'affection calculeuse, constatent que la vessie, en se développant par l'accumulation de l'urine, acquiert quelquefois des formes inaccoutumées, qu'il est né-

cessaire de rappeler ici, parce qu'elles peuvent contribuer à obscurcir le diagnostic des maladies du viscère. Cette expansion inégale, qui s'observe surtout dans le cas d'hypertrophie, mais qui peut aussi dépendre d'un vice de première conformation, a pour résultat qu'au lieu d'être arrondie et régulière, la tumeur prend une forme ou plus allongée, ou plus aplatie. Du reste, elle est produite par toutes les tuniques vésicales, ce qui la fait différer des cellules, à la production desquelles, comme on le verra plus loin, la membrane musculeuse ne concourt généralement pas, ou du moins ne contribue que très faiblement. Ainsi déformée, la vessie pleine se porte à droite ou gauche, et, au lieu d'occuper le milieu de la région hypogastrique, qui est son emplacement ordinaire, elle se déjette vers l'une ou l'autre fosse iliaque.

J'ai fait connaître ailleurs, relativement à l'affection calculeuse, l'influence que ces états, anormaux, sinon morbides, peuvent exercer tant sur le diagnostic que sur le traitement. Sans avoir la même importance à l'égard des autres maladies de la vessie, ils méritent cependant d'être connus du praticien, soit lorsqu'il cherche à découvrir la vraie signification des phénomènes morbides qui accompagnent ces diverses affections, soit lorsqu'il procède aux explorations, et généralement à une quelconque des opérations qui se pratiquent dans la vessie ou les organes voisins.

Pour les reconnaître, quand ils se rencontrent, il est nécessaire d'avoir bien présente à l'esprit la forme ordinaire de la vessie distendue. Dans le jeune âge, cette forme se rapproche beaucoup de celle d'un ovale, terminé en pointe vers le sommet, où s'insère l'ouraque. Plus tard, le sommet s'arrondit en s'élargissant, et l'organe devient en quelque sorte pyriforme, ou ovoïde. Mais cette configuration varie selon l'âge du sujet et le degré d'ampliation. Chez l'adulte, le bas-fond est susceptible de s'élargir beaucoup, et dans l'homme

9.

il occupe la plus grande partie de l'excavation pelvienne, où il se trouve soulevé par l'intestin rectum, qui, lorsqu'il est plein, fait notablement saillie à sa face interne. Chez la femme, la vessie a plus d'étendue d'un côté à l'autre que d'avant en arrière, sens dans lequel elle se trouve aplatie par la matrice et ses annexes, de sorte qu'en certains cas il y a véritablement deux bas-fonds, qu'on distingue très bien avec la sonde. Ces particularités disparaissent dans l'état de vacuité : la forme qu'affecte alors la vessie ne saurait être déterminée avec précision; les parois de l'organe se touchent, la masse des intestins pèse sur lui d'une manière variable, et comme il n'oppose aucune résistance, il peut être incliné, déjeté dans un sens ou dans l'autre. A la vérité, il est rare qu'on ait à s'occuper de semblables détails pendant l'état de vacuité ; car c'est surtout quand la vessie est remplie d'urine, ou qu'elle a été préalablement injectée, qu'on procède à ces sortes d'explorations.

ARTICLE II.

Des cellules vésicales.

On appelle cellules vésicales les tumeurs produites par la hernie de la membrane muqueuse à travers les fibres écartées de la tunique musculeuse. C'est surtout dans le cas d'hypertrophie des parois de l'organe que cette disposition anormale s'observe ; les fibres musculaires se groupent alors en faisceaux, et ne forment plus un plan continu, de sorte que la membrane interne, ne se trouvant pas suffisamment soutenue, cède à l'effort des contractions, et s'insinue à travers les colonnes charnues, donnant lieu ainsi à des boursouflures, les unes très petites et encore contenues dans l'épaisseur des parois du viscère, les autres plus ou moins volumineuses, et tenant à ce dernier par un pédicule, qu'on n'aperçoit néanmoins la plupart du temps qu'après avoir enlevé le tissu cellulaire qui l'entoure.

Ces tumeurs sont tantôt adhérentes aux tissus voisins, tantôt libres et pour ainsi dire flottantes à la surface externe de la vessie. Elles varient à l'infini sous le rapport de leur nombre, de leur volume, de leur forme et de l'épaisseur de leurs parois.

J'ai vu une vessie qui était presque entièrement recouverte, au point de ressembler presque à une grappe de raisin : il n'y avait qu'un petit espace de la face antérieure, près du col, qui n'en présentât point. Platner en a observé jusqu'à trente-neuf, contenant chacune un calcul. Mais en général, leur nombre est plus restreint; parfois il n'y en a qu'une seule, ou deux, ou trois.

Leur volume est presque toujours en raison inverse de leur nombre; toutefois il y a des exceptions à cet égard. J'ai trouvé une fois deux cellules très volumineuses sur une vessie dont la face interne était criblée de trous, communiquant avec d'autres de petites dimensions. Heister en a également rencontré trois spacieuses, à droite, à gauche et au sommet, indépendamment de beaucoup d'autres qui commençaient à se développer sur divers points du viscère. Elles peuvent égaler en volume la vessie naturelle, la surpasser même cinq ou six fois en grandeur, ce qui avait lieu, entre autres, chez le célèbre Casaubon, qu'on a cité si souvent, trop souvent peut-être, car ce fait paraît avoir été tiraillé pour l'accommoder aux théories de chaque jour.

La consistance est relative à la nature du contenu. Quand les cellules renferment de l'urine, celle-ci s'échappe, à moins qu'elle ne rencontre un obstacle au collet, et la tumeur devient très molle. Elle aurait plus de consistance si, au lieu d'urine, elle contenait du pus, comme il arrive parfois, ou de la matière tuberculeuse, ainsi que l'a observé M. Andral. Elle serait surtout très dure si elle logeait un ou plusieurs calculs, ce qui arrive assez fréquemment. La dureté varie d'ailleurs suivant les adhérences qui se sont établies

entre la tumeur et les tissus environnans. On rencontre quelquefois, près du col principalement, une masse consistante et informe, au milieu de laquelle existent des cellules vésicales, qu'on n'aurait pas soupçonnées de prime abord. J'ai vu un cas de cette nature. Une cellule de moyenne grandeur était cachée au centre d'une tumeur fibreuse qui avait envahi le rectum, la vessie, les canaux spermatiques et les vésicules séminales; cette masse dure et résistante criait sous le scalpel; sans la dissection, il eût été impossible de découvrir la cellule, qui contenait une grande quantité de flocons très denses, et dont les parois avaient perdu toute élasticité.

Les tumeurs celluleuses de la vessie ont spécialement leur siège vers le bas-fond et à la face postérieure. Assez souvent on en observe une ou même deux dans le voisinage et un peu en arrière de l'orifice des uretères. Fréquemment aussi il y en a une et quelquefois deux au sommet de l'organe. Mais il est rare d'en voir près du col, dans l'espace compris entre les orifices des uretères et de l'urètre; celles que j'y ai rencontrées étaient petites. Cependant on cite des faits d'après lesquels on a voulu établir que certaines tumeurs vésicales faisant saillie à la vulve résultaient de cellules développées près du col, à la face inférieure : à la vérité ces faits sont incomplets. J'ai observé un cas de ce genre chez une femme très chargée d'embonpoint, qui éprouvait depuis long-temps des difficultés d'uriner. La vessie formait, entre les grandes lèvres, une tumeur du volume du poing, qu'on ne pouvait comprimer sans faire sortir de l'urine ou provoquer le besoin d'uriner. Une sonde, que je parvins à y introduire sans beaucoup de difficultés, évacua environ une livre de liquide. Malgré toutes mes recherches au moyen du doigt porté dans le vagin et de la sonde contenue dans l'urètre, je ne pus parvenir à déterminer avec précision de quelle manière le déplacement s'était opéré. Je dis déplace-

ment, parce que je ne pense pas qu'il fût question d'une cellule vésicale; il y avait chute de la matrice, dont le col paraissait à la vulve derrière la tumeur, que recouvrait en dehors le vagin renversé, dont la cavité était pour ainsi dire effacée.

La surface interne d'une vessie à cellules présente des particularités qu'il importe de connaître, tant dans l'intérêt des explorations de toute nature, que pour l'explication de certains phénomènes.

Dans la majorité des cas, où les cellules sont très petites, l'intérieur du viscère offre à chacune un orifice dont les bords sont lisses et arrondis, sans saillie appréciable. Lorsque les parois sont légèrement hypertrophiées, ces ouvertures ne paraissent point, à moins qu'on ne tende et tiraille les points qu'elles occupent, ou qu'on ne souffle dessus avec force. C'est là sans doute ce qui fait que cette disposition de la vessie a échappé à tant d'observateurs, au dire desquels elle serait rare, tandis qu'on la rencontre tous les jours.

Quand, au contraire, les cellules sont vastes, elles ont des ouvertures béantes, et d'une grandeur généralement proportionnée au volume de la tumeur. Toutes les fois qu'elles offrent ainsi beaucoup d'évasement et de largeur, elles semblent être la continuation de la vessie, à laquelle elles donnent des formes bizarres, qu'on a comparées à celles de divers corps, entre autres d'une calebasse. On est quelquefois frappé de la régularité qui existe dans leur forme et leur développement. Ainsi, lorsqu'il s'en trouve une large de chaque côté du bas-fond, on aperçoit dans le milieu la vessie véritable, presque toujours plus spacieuse, et à droite ainsi qu'à gauche une poche communiquant avec elle par une ouverture arrondie, plus ou moins grande, à travers laquelle la membrane muqueuse se continue sans interruption s'il n'existe qu'une seule cavité accidentelle. A mesure qu'elle se développe, la vessie perd sa forme primitive, et semble se rejeter du côté opposé.

Quel que soit le nombre des cellules vésicales, il est à-peu-près constant qu'à mesure qu'elles acquièrent de l'ampleur, l'ouverture de communication s'agrandit, le rebord s'efface, et les deux cavités tendent à se mettre de niveau, en sorte qu'arrive un moment où il n'existe plus de démarcation tranchée entre la cellule et la vessie proprement dite. La membrane muqueuse a partout la même couleur, la même consistance, et les particularités morbides qu'elle est susceptible d'offrir peuvent exister sur un point aussi bien que sur l'autre. Mais les choses se passent autrement à la surface externe. La tunique musculeuse n'est ni éraillée, ni déchirée; ses fibres sont seulement écartées, et laissent entre elles une ouverture presque toujours régulièrement arrondie. A une époque avancée, elles s'allongent, s'amincissent, et, en s'éparpillant, semblent s'étendre sur la tumeur accidentelle, tandis que la surface des cellules récentes et circonscrites ne présente ordinairement aucune trace de filamens musculeux.

Dans quelques cas de grandes cellules placées derrière le trigone vésical, le repli transversal qui termine ce dernier à sa partie postérieure est un peu plus saillant qu'à l'ordinaire, et semble couvrir l'orifice de la cavité accidentelle. C'est probablement ce qui avait lieu dans une vessie décrite par Lapeyronie, où un calcul occupait une loge recouverte par une espèce de rideau membraneux mobile, étendu sur le devant de la cellule. Mais, qu'il s'agisse là d'un cas tout spécial, ou que le fait rentre dans la catégorie à laquelle je crois devoir le rapporter, toujours est-il certain que les orifices des cellules vésicales sont quelquefois cachés, au moins en partie, par des replis membraneux résultant d'une disposition morbide.

Le rebord de l'orifice des cellules fait, à la face interne de la vessie, des saillies qu'il ne faut pas confondre avec les inégalités produites par les fibres charnues réunies en faisceaux. Ces espèces de colonnes, si variables de forme, de longueur

et de volume, peuvent, comme je l'ai dit ailleurs, faire croire à des altérations qui n'existent pas, notamment à des productions fongueuses ou à des tumeurs de toute autre espèce, car l'extrémité de la sonde les sent très distinctement.

Je ne m'étendrai pas sur les diverses opinions qui ont été émises relativement à l'origine des cellules vésicales. Aucune d'elles n'étant fondée, il suffira de les énoncer brièvement. On a dit que ces cellules dépendaient d'un relâchement des fibres charnues ; mais je viens de faire remarquer qu'elles sont très souvent dépourvues de fibres musculaires, et, d'ailleurs, un affaiblissement partiel ne pourrait entraîner à sa suite qu'un développement inégal de la vessie. On les a considérées comme dépendantes d'une conformation primitive spéciale : cette hypothèse, qui ne repose sur rien, ne mérite pas le moindre examen. On a prétendu qu'elles tenaient à la pression exercée par la pierre, ou à la formation d'un calcul entre les tuniques vésicales ; mais l'explication, applicable au plus aux cellules qui se voient vers le bas-fond et surtout vers le col de la vessie, ne pourrait être admise qu'autant que les calculeux seraient les seuls sujets qui présentassent ces sortes d'anomalies : or, elles sont communes également chez les individus qui n'ont pas la pierre ; et, quant à ce qui concerne la possibilité du développement d'un corps étranger dans les parois vésicales, c'est une supposition arbitraire, que rien ne justifie. La seule manière de concevoir la formation des cellules vésicales est celle que j'ai exposée en peu de mots au commencement de cet article. Pour que ces tumeurs se produisent, il faut que le cours de l'urine soit gêné, la vessie contrainte à des efforts plus grands que de coutume, et ces efforts assez considérables, assez souvent répétés, pour amener la hernie de la membrane muqueuse à travers les fibres musculaires réunies en faisceaux, et par conséquent plus écartées les unes des autres.

L'existence de cellules dans la vessie est une circonstance

toujours défavorable, souvent même très grave. L'urine séjourne long-temps dans ces cavités, qui pour la plupart ne possèdent que peu ou pas de puissance expulsive. Elle y détermine des inflammations qui entraînent des désordres plus ou moins redoutables, et peut-être, comme le pensait Chopart, le développement de ces abcès qu'on observe quelquefois dans l'épaisseur des parois vésicales. Elle y dépose des sables et des graviers, qui, en grossissant, finissent par devenir des calculs, auxquels leur volume ne permet pas de franchir l'orifice, toujours plus étroit que le fond. Toutes ces conséquences sont d'autant plus sérieuses, que fort souvent on ne peut écarter les causes qui ont donné lieu à la formation des cellules, et qui continuent de s'opposer au libre cours de l'urine, comme les maladies de la prostate et certaines productions morbides du col vésical, contre lesquelles l'art est impuissant, ou du moins n'a que des ressources très restreintes.

Lorsqu'il y a surdistension de la vessie, par l'effet de l'accumulation et du séjour forcé de l'urine, les cellules peuvent entraîner même d'habiles praticiens à des méprises qui tiennent, les unes aux changemens de forme que la vessie distendue est susceptible de présenter, tant du côté du rectum que vers la région hypogastrique, les autres à la manière dont le liquide s'écoule par la sonde, dans certains cas de vastes cellules.

La situation des tumeurs que forment ces cellules les place trop souvent hors de la portée de nos moyens d'exploration. Toutes les fois qu'elles occupent la face postérieure de la vessie, il est presque impossible de les reconnaître sur le vivant. Mais, quand elles font saillie, en bas vers le rectum, en haut et en avant vers l'hypogastre, ou sur les côtés vers les fosses iliaques, la théorie veut qu'elles ne soient pas aussi absolument soustraites à l'investigation. Cependant je ne connais aucun cas dans lequel on les ait diagnostiquées d'une manière formelle et précise, et Chopart dit même po-

sitivement qu'on ne peut les reconnaître pendant la vie, lorsqu'elles sont naissantes. Si le diagnostic est encore peu avancé à leur égard, il faut surtout s'en prendre au préjugé de leur rareté, qui a empêché de les étudier avec le soin qu'elles auraient exigé.

Tout ce qu'on a pu faire jusqu'ici, c'est de les soupçonner. Ledran, par exemple, cite un cas dans lequel il fut mis sur la voie de croire à leur existence. Un homme était en proie aux douleurs de la rétention d'urine. Outre la tumeur que formait la vessie, on en apercevait, à côté du muscle droit, une autre plus élevée, et qui cédait sans peine au poids de la main. L'écoulement de trois livres d'urine par la sonde fit disparaître la tumeur vésicale, et une pression exercée sur la tumeur supérieure procura la sortie d'une nouvelle quantité d'urine. Le malade fut alors soulagé, mais il mourut peu de jours après. Ledran pensa que la seconde tumeur était due à une cellule, ou, comme il dit, à une hernie de la vessie ; conjecture dont l'impossibilité d'ouvrir le corps ne lui permit pas de vérifier l'exactitude.

Chopart rapporte un fait qui n'est pas sans analogie avec celui-ci, du moins en ce qui concerne la tumeur accidentelle de la vessie. Un homme ne pouvait uriner ni aller à la selle qu'avec de grands efforts. On lui passa des bougies, qui rendirent le jet du liquide plus facile. Cependant, après avoir vidé sa vessie, il continuait d'éprouver des besoins, et souvent même il faisait encore sortir une certaine quantité de liquide en se comprimant le ventre au-dessous de l'ombilic. Un excès de boisson détermina une rétention d'urine. Il fut impossible de sonder le malade : les bougies s'arrêtaient au bulbe. Le lendemain, le ventre était tendu ; il s'élevait de la région ombilicale une éminence circonscrite, ferme comme un ballon, qu'on ne pouvait comprimer sans causer de la douleur au col de la vessie et augmenter le besoin d'uriner. Le troisième jour, l'urine commença à sortir, chaude, rouge et

fétide; son écoulement avait lieu surtout par le fait de la pression. Plus tard, les accidens se calmèrent, et le malade reprit ses occupations; mais il conserva des besoins fréquens d'uriner, qu'il ne pouvait satisfaire qu'incomplètement, en fléchissant le tronc et comprimant le ventre. Lorsqu'il s'abstenait de cette pression, il remarquait à l'ombilic une tumeur semblable à celle qu'on avait observée au moment de la rétention; mais elle était indolente, et elle soulevait davantage les parois de l'abdomen quand le malade se tenait debout que quand il était couché et qu'il venait de la vider: elle s'amollissait par la pression, qui excitait le besoin d'uriner et la sortie d'une grande quantité de liquide. Après l'évacuation, la tumeur n'était plus visible, et le malade restait douze à quinze heures sans avoir besoin d'uriner. D'après cet état de choses, Chopart jugea que la tumeur était formée par un amas d'urine dans une poche qui communiquait avec la vessie, et l'événement montra qu'il ne s'était pas trompé. Une nouvelle rétention ayant enlevé le malade, on trouva la vessie double : les deux parties étaient séparées l'une de l'autre par un sillon transversal. La partie antérieure se trouvait enfoncée dans le petit bassin, et la postérieure, beaucoup plus grande, s'élevait jusqu'à l'ombilic, où elle adhérait au péritoine. On y remarquait des taches gangréneuses, beaucoup d'urine putride en sortit, et il resta au fond une matière très fétide. Les deux cavités communiquaient par une ouverture. La véritable vessie avait des parois épaisses, et ne présentait aucune trace d'inflammation, tandis que les parois de la cavité accidentelle avaient moins d'épaisseur et étaient entièrement membraneuses. La prostate avait le double de son volume ordinaire, et l'urètre était tellement rétréci qu'on pouvait à peine y passer un stylet.

Ce qu'on remarque dans ces deux cas, relativement à l'excrétion de l'urine, a lieu le plus ordinairement. Le liquide sort avec lenteur, et le malade éprouve de nouveaux besoins

peu de temps après l'avoir rendu, surtout quand on exerce de la pression sur l'abdomen, qui fait même sortir encore une certaine quantité d'urine. Mais ces symptômes n'ont rien de spécial ; ils prouvent seulement que la vessie ne se vide pas ; on les retrouve dans presque tous les cas d'atonie du viscère, quelle qu'en soit la cause. Leur valeur est donc nulle, comme indice de l'existence des cellules vésicales, malgré tout ce qu'on a pu dire.

Il n'en est pas de même des bosselures, des tumeurs accidentelles qu'on découvre en palpant l'hypogastre ou le ventre; elles commencent à mettre sur la voie. Restent ensuite les explorations vésicales, qui sont indispensables ici, comme dans la plupart des maladies de l'appareil urinaire.

Voici de quelle manière j'ai procédé toutes les fois que j'ai eu motif de soupçonner une vessie à cellules ; il ne s'agit ici que des cas dans lesquels l'organe ne renferme pas de calculs. Après avoir exploré l'abdomen et le rectum avec soin, j'introduis une sonde dans la vessie, et je laisse couler tout ce qu'elle contient; l'instrument est maintenu en place, et le malade engagé à faire de légers mouvemens d'inclinaison à droite et à gauche; un peu de liquide s'échappe; je sollicite le sujet à pousser, et j'exerce une pression sur l'hypogastre; il coule encore de l'urine. Je cesse la pression pour recommencer un instant après, et j'obtiens une nouvelle quantité de liquide. Cela fait, j'injecte dans la vessie assez d'eau pour la remplir, et jusqu'à ce que le malade éprouve un fort besoin d'uriner; puis au moment où le liquide s'écoule, je répète les manœuvres ci-dessus. Si le même résultat a lieu un certain nombre de fois, je suis porté à croire qu'il existe des cellules, puisque, dans l'état normal, et quand la cavité vésicale est régulière, tout ce qu'elle contient s'échappe par la sonde sans discontinuer, surtout lorsqu'on comprime l'hypogastre. Je suppose toujours qu'on n'a pas découvert de tumeur extérieure à la vessie, car la présence d'un gonflement,

qui disparaît par l'écoulement de l'urine et que l'injection fait reparaître, convertit presque la conjecture en certitude.

Cependant il n'est pas rare que, malgré l'observation la plus attentive et les explorations les plus méthodiques, l'existence des cellules vésicales demeure inconnue. Cela est d'autant plus regrettable, qu'à cette imperfection du diagnostic se rattachent des incertitudes dans le traitement de plusieurs maladies de la vessie, spécialement de quelques dysuries et du catarrhe vésical; car si l'art est impuissant pour remédier à l'hypertrophie des parois de l'organe et faire disparaître les cellules qui s'y sont formées, il peut, jusqu'à un certain point, en paralyser les effets. La plus fâcheuse influence qu'elles exercent est de favoriser et d'entretenir la stagnation prolongée d'une certaine quantité d'urine; or, nous avons des moyens de faire cesser cette stagnation, comme je le ferai voir plus loin, et dès-lors il importe beaucoup de pouvoir acquérir la certitude qu'elle a lieu d'une manière sinon totale, du moins partielle.

Il peut arriver, et l'on en connaît quelques exemples, que la sonde pénètre dans une vaste cellule, située au sommet de la vessie, ou sur les côtés du bas-fond. On s'en apercevrait aisément, d'abord en comparant la capacité que ferait présumer la profondeur à laquelle l'instrument pénètre et la quantité de liquide que le malade a rendue, ensuite par la gêne que la sonde éprouve en tous sens, car elle ne peut alors se mouvoir comme elle le ferait dans une vessie spacieuse. Quand ce cas arrive, on doit manœuvrer avec les plus grandes précautions, dans la crainte de perforer les parois minces de la cellule, ce qui entraînerait un épanchement d'urine. D'ailleurs il ne faut pas perdre de vue une circonstance que j'ai fait connaître et qui pourrait induire en erreur : c'est qu'il y a des vessies fort allongées, et pour ainsi dire en forme de boyau, dont le sommet s'élève jusqu'auprès de l'ombilic. En pareil cas, la sonde pénètre à une grande profondeur, sans que pour

cela le viscère contienne beaucoup d'urine, et sans qu'il existe de cellules.

Parmi les cellules qui se développent à la surface externe de la vessie, celles qu'on observe quelquefois au sommet de ce viscère méritent peut-être plus d'attention que les autres. J'en ai cité divers exemples dans le Traité de l'affection calculeuse, où je me suis attaché à faire ressortir les déformations singulières qu'elles sont susceptibles d'imprimer au viscère. Tout récemment encore j'en ai rencontré un nouveau cas. L'ouverture existant au sommet de la vessie était assez grande pour permettre d'y introduire le doigt. Au premier aperçu, elle paraissait à peine; mais, en comprimant la vessie, qui contenait une certaine quantité d'urine, la membrane muqueuse faisait irruption par cette sorte d'anneau, et allait former au-dehors de l'organe un prolongement conoïde, d'un pouce et demi environ. Dès qu'on cessait la pression, le liquide rentrait, et avec lui l'appendice membraneux. Cette particularité est curieuse sous plusieurs rapports. D'abord, elle diffère de ce qui a lieu généralement, puisque d'ordinaire l'expansion de la membrane muqueuse ne rentre pas d'elle-même et s'affaisse seulement quand le liquide vient à s'écouler. Ensuite, elle rend raison de ces espèces de hernies intestinales ou épiploïques qu'on a quelquefois rencontrées saillantes dans l'intérieur de la vessie, par exemple, dans un cas publié par M. Cloquet, et même des renversemens de la membrane muqueuse vésicale venant obstruer l'orifice interne de l'urètre, qui sont cités par quelques auteurs. Ces sortes de cellules internes ou rentrées pourraient devenir la source de graves méprises; car les intestins qui s'y engageraient contenant des matières fécales, il ne serait pas surprenant que de là naquissent des symptômes analogues à ceux de la pierre, à-peu-près comme chez l'homme dont parle Rutty, où l'on croyait sentir un calcul avec la

sonde, mais dont la vessie était seulement refoulée en dedans par le cœcum plein d'excrémens endurcis, ou comme la femme citée par Levret, qui, moins heureuse, fut obligée de subir la cystotomie, dont elle mourut, bien qu'il n'y eût chez elle qu'une inclinaison en avant de la matrice, qui avait enfoncé la vessie près de son col.

Entre autres faits de vessie à cellules qui se sont offerts à moi, je citerai le suivant. M. de ...., sexagénaire, éprouvait depuis quelque temps des troubles dans les fonctions de la vessie, qui furent attribués à la gravelle, parce qu'on avait aperçu de temps en temps un léger dépôt d'acide urique dans le vase de nuit. Les eaux de Vichy furent conseillées. Le malade n'en éprouva d'autre effet qu'une légère amélioration dans les fonctions digestives. Mais cette amélioration ne se soutint pas, et en voyage il survint de nouveaux accidens, dont on ne tint aucun compte, attendu que les symptômes n'avaient pas de caractère bien tranché. Quelques mois après cependant, on fut amené à explorer la vessie ; mais on n'y découvrit rien, et l'on se contenta de prescrire un traitement médical, qui n'amena aucun résultat. Le malade était habitué à vivre dans son cabinet, où il se livrait avec ardeur à des recherches historiques. La perte de plusieurs enfans le plongea dans une profonde tristesse. On s'occupa beaucoup du moral, et on négligea le physique. Toutefois, l'embonpoint se dissipait : perte du sommeil et de l'appétit, dépravation du goût, langue blanche, teint pâle, agitation pendant la nuit, diminution progressive des forces, urines fétides, contenant quelques mucosités : tels étaient les principaux symptômes qu'on observait, et qui duraient depuis trois mois déjà, lorsqu'on s'aperçut que le ventre grossissait vers la région hypogastrique. Mais la pression ne déterminait pas de douleur; il n'y avait pas non plus de tumeur dure, arrondie et circonscrite, qui pût faire croire à l'état de plénitude de la vessie. L'enflure des jambes se manifesta, et

prit chaque jour un développement qui inspira des inquiétudes sérieuses. Les craintes devinrent plus grandes encore lorsqu'à un nouvel examen de l'hypogastre, on sentit, à travers les parois abdominales, molles et flasques, plusieurs grosseurs surajoutées à celle que constituait la tuméfaction primitive, qui était d'ailleurs mieux dessinée qu'à l'époque des premières explorations. C'est alors que je fus appelé. Je reconnus sans peine que la tumeur hypogastrique était formée par la vessie très ample, mais faiblement distendue. Ce viscère avait perdu presque toute faculté contractile, et l'urine ne sortait que par regorgement. Je m'assurai aussi que les grosseurs qui avaient inspiré tant d'inquiétudes étaient des cellules vésicales pleines d'urine. La démonstration en fut rendue évidente par la disparition de ces grosseurs lorsque j'eus vidé l'organe au moyen de la sonde. Dès-lors, la marche à suivre était tracée : il fallait aider la vessie à se débarrasser de son contenu. Toutefois, le malade était si faible, si épuisé, que l'on pouvait ne pas être rassuré sur les effets du traitement ; il y avait à craindre les suites graves de l'ébranlement qui pouvait résulter du passage répété de la sonde par un canal excessivement irritable, et de la transition brusque d'un état prolongé de distension du viscère à celui de vacuité. Je conseillai de vider la vessie plusieurs fois par jour, sans laisser l'instrument en place. La sonde ne fut mise à demeure que le cinquième jour ; le malade la garda pendant un mois, et apprit ensuite à l'introduire lui-même, ce qu'il a exécuté long-temps de trois à six fois chaque jour, suivant le besoin. Il a pratiqué aussi des injections, d'abord avec de l'eau tiède, puis avec de l'eau froide ; on a eu recours aux lavemens froids, aux frictions ; on a prescrit un régime de plus en plus substantiel. Sous l'influence de ces moyens, les forces, l'appétit, le sommeil sont revenus, et la santé s'est complètement rétablie ; cependant la vessie est restée paresseuse.

Ce fait, rapproché de quelques autres dont la science est déjà en possession, notamment celui dont j'ai donné les principaux détails en parlant des abcès des parois vésicales, prouve qu'on peut facilement se méprendre au sujet des tumeurs vésicales que forme, dans quelques-uns de ces cas, la vessie remplie d'urine.

ARTICLE III.

Des hernies de la vessie.

Parmi les déformations qui peuvent survenir à la vessie, il faut compter les déplacemens que ce viscère est susceptible d'éprouver. On l'a vu effectivement constituer, en totalité ou en partie, des tumeurs herniaires saillantes à l'anneau inguinal, à l'arcade crurale, au périnée, dans le vagin, ou même, selon Lentin, à travers le trou ovalaire. Ces sortes de hernies surviennent à tous les âges de la vie, bien qu'elles soient plus fréquentes chez l'adulte et chez le vieillard. Comme les changemens qu'elles entraînent ont une portée notable dans les difficultés d'uriner, la rétention d'urine, le catarrhe vésical, le cathétérisme, les différens modes d'exploration et différentes opérations, il importe de les connaître pour éviter de graves méprises, qu'on pourrait commettre si on ne les avait présens à la mémoire. Les hernies vésicales devaient donc trouver place ici ; mais je n'aurai point à insister sur leurs causes, le mécanisme de leur production, leurs symptômes et le mode de traitement qu'elles exigent ; il me suffira de noter les plus saillantes des particularités qu'elles présentent tant chez l'homme que chez la femme.

I. *Hernies vésicales chez l'homme.*

La cystocèle inguinale est la plus commune de toutes chez l'homme. Elle peut exister d'un seul côté, ou des deux côtés à-la-fois, et être formée, soit par la vessie seule, soit en même temps par ce viscère et l'intestin ou l'épiploon. Elle

varie beaucoup, quant à son volume et à sa dureté, à son étendue vers le scrotum, et aux accidens qu'elle détermine. Des différences non moins grandes ressortent de la position que la vessie occupe dans la tumeur, et des particularités que présente le sac herniaire, qui est généralement double alors.

La plupart des faits consignés dans les anciens auteurs, et plusieurs de ceux qu'on a observés dans ces derniers temps, démontrent que la hernie a été souvent méconnue. Quelquefois cependant on est parvenu à en établir le diagnostic avec plus ou moins de certitude.

Dans un cas cité par Ruysch, le malade, attaqué de difficultés d'uriner, ne parvenait à rendre l'urine qu'en relevant ses bourses, qui étaient distendues, et les comprimant avec les mains. Il eût été difficile, d'après cela, de ne pas reconnaître que la tumeur herniaire était formée par la vessie conjointement avec une anse d'intestin.

Lorsqu'il y a eu méprise, on a pris la tumeur, tantôt pour une hernie simple, tantôt pour une hydrocèle, parfois même pour un abcès ou un bubon.

Beaumont parle d'un homme dont les bourses étaient devenues grosses comme un melon : des accidens graves se déclarèrent; on crut que la tumeur était une hernie ordinaire, et on tenta de la faire rentrer; mais la compression exercée sur elle fit sortir de l'urine, et l'effaça. Elle reparut plus tard. A la mort du malade, on trouva qu'elle renfermait une partie de la vessie et une grosse pierre. Le viscère avait contracté de fortes adhérences avec les parties voisines.

J'ai observé également ces adhérences chez un homme qui portait deux hernies vésicales; elles étaient très fortes, bien que les tumeurs ne fussent pas volumineuses, et que nul accident n'eût fait naître le moindre soupçon de leur existence pendant la vie.

Un homme, cité par Méry, avait, au côté gauche du scrotum, une tumeur volumineuse, que l'on considéra comme une

hydrocèle, parce qu'elle était fluctuante ; mais une compression fortuite l'ayant fait disparaître, en donnant écoulement à de l'urine par l'urètre, on reconnut l'erreur dans laquelle on était tombé. Après la mort, on constata que le scrotum renfermait la plus grande partie de la vessie. La méprise fut poussée jusqu'au bout chez un pêcheur, dont parle Plater. Cet homme était atteint de rétention d'urine, et portait en outre une tumeur qui occupait une partie du scrotum ; un chirurgien, croyant cette tumeur produite par une hydrocèle, y pratiqua une incision par laquelle s'écoula beaucoup d'urine : le malade en fut quitte pour une fistule urinaire.

Ce qu'il y a de plus singulier, c'est que l'autopsie ait pu ne pas suffire pour découvrir sur-le-champ l'erreur. Verdier cite le cas d'un sexagénaire qui mourut à la suite de plusieurs rétentions d'urine. La vessie faisait hernie dans l'aine gauche, jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'anneau. Il y eut d'abord de l'incertitude à l'égard des parties qui formaient la tumeur, et les doutes ne furent levés que quand on la vit se gonfler par l'effet d'une injection d'eau dans la vessie. Le viscère avait entièrement changé de forme, et ressemblait presque à une calebasse. C'était son sommet qui avait franchi l'anneau.

La diminution et surtout la disparition de la hernie par la pression, coïncidant avec l'écoulement plus facile de l'urine par l'urètre, sont des indices à-peu-près certains que la tumeur inguinale ou scrotale est formée en partie ou en totalité par la vessie. Cet indice a suffi à Petit le père pour diagnostiquer une cystocèle chez un malade qui le consultait. Nous venons de voir qu'il avait aussi conduit à connaître la vraie nature d'une prétendue hydrocèle. Il donna également à penser que la vessie faisait partie d'une hernie inguinale dans un cas observé par Maurain. Le malade avait fait, douze ans auparavant, une chute de cheval, après laquelle la hernie s'était déclarée ; il éprouvait des difficultés d'uriner, qui cessaient

dès qu'on réduisait la tumeur. A la suite d'efforts pour monter en voiture, des douleurs vives se firent sentir dans l'aine, et bientôt apparurent tous les symptômes de l'étranglement. L'opération ayant été faite, on trouva dans la hernie une anse intestinale et le sommet de la vessie, qui avait contracté de fortes adhérences tant avec le scrotum qu'avec l'anneau.

Il y a une circonstance qui doit fixer sérieusement l'attention lorsqu'on est appelé auprès d'un malade attaqué de rétention d'urine, et portant en même temps une ou deux tumeurs inguinales. Si la vessie forme, en partie ou en totalité, ces tumeurs, on ne découvre pas à la région hypogastrique celle que l'organe distendu y détermine dans la majorité des cas. A l'occasion d'un fait rapporté par Verdier, nous voyons Delaporte, se fondant sur ce qu'il n'y avait pas d'élévation à l'hypogastre, soupçonner que la vessie pouvait être engagée dans deux tumeurs inguinales, du volume d'un œuf de poule, que présentait le malade affecté de rétention d'urine. Des tentatives de réduction firent couler quelques gouttes d'urine par l'urètre. Le chirurgien se contenta dès-lors d'introduire une sonde et de vider les poches inguinales à l'aide d'une légère pression.

Sans la rétention d'urine, l'idée ne serait pas venue ici que la hernie était formée par la vessie. Dans un cas analogue, que j'ai rencontré il y a quelques années, la rétention n'avait pas lieu. On apercevait aux aines deux petites tumeurs, dont on ne s'occupa pendant la vie que pour faire porter un bandage, sans prendre nul souci du contenu, car le sujet ne souffrait point. Une autre maladie l'ayant enlevé, je m'assurai par l'autopsie que les tumeurs étaient formées par la vessie. Le sommet du viscère était fort élargi : il s'élevait au niveau des pubis, où il était retenu à droite et à gauche par une expansion des tissus de la vessie engagée dans les anneaux, avec lesquels elle avait contracté les adhérences dont j'ai parlé précédemment.

Lorsqu'on voit pour la première fois un malade porteur d'une hernie volumineuse et affecté de rétention d'urine, il est plus difficile qu'on ne le pense de déterminer si la vessie se trouve comprise dans la tumeur. Les renseignemens qu'on acquiert sur les circonstances antérieures sont loin souvent d'avoir la précision désirable, et l'examen des parties offre peu de ressources, dans les cas surtout de hernies irréductibles. Le scrotum est tendu au point que la verge paraît à peine sur le côté de la tumeur, le gonflement se prolonge vers les aines, et il est impossible de distinguer les parties qui constituent cette masse. Aussi n'y a-t-il rien de surprenant à ce que les praticiens les plus expérimentés n'aient même pas soupçonné l'existence de hernies vésicales volumineuses.

L'écoulement de l'urine par l'urètre, pendant les explorations ou les tentatives de réduction, est, comme je l'ai dit plus haut, le phénomène le plus propre à mettre sur la voie. Que la pression de la tumeur provoque seulement le besoin d'uriner, ou qu'elle détermine la sortie d'un peu d'urine par le canal, c'en est assez pour justifier le soupçon.

Ce n'est pas sans un sentiment de surprise qu'en parcourant les divers faits de hernie vésicale décrits par les auteurs, on voit que le meilleur moyen de diagnostic, le cathétérisme, a été presque entièrement négligé. Certes, la plupart des méprises dans lesquelles on est tombé auraient été évitées, si l'on avait eu recours à cette précieuse ressource. Sue le jeune l'a employée avec le plus grand succès. Il s'agissait d'une hernie dont le malade était atteint depuis cinq ans, et pour laquelle il portait un bandage qui ne la contenait point exactement, sans doute à cause du volume énorme de la tumeur. L'excrétion de l'urine était difficile. Une rétention étant survenue, on essaya vainement de réduire la hernie; mais, après avoir sondé le malade, pour le faire uriner, on remarqua que la tumeur scrotale avait con-

sidérablement diminué ; la compression suffisait aussi pour faire sortir de l'urine par la verge. Ces données acquises, on supprima le bandage, on fit porter un suspensoir, et l'on engagea le malade à presser sur la tumeur toutes les fois qu'il sentirait le besoin d'uriner. Il suivit exactement ce conseil, et continua de vivre en assez bonne santé.

Le cathétérisme est donc la première chose à tenter en pareil cas, pour savoir si la vessie est pleine. Il est nécessaire de laisser la sonde dans l'urètre pendant qu'on examine la tumeur et qu'on exerce quelques pressions sur elle ; car si une partie de la vessie s'y trouve comprise, et qu'elle renferme de l'urine, le passage du liquide dans la portion abdominale de l'organe se fait immédiatement reconnaître, ce qui ne pourrait avoir lieu dans le cas où l'on aurait retiré l'instrument. Nous avons vu cependant que cet écoulement consécutif de l'urine après la déplétion de la vessie tient aussi quelquefois à des cellules : à la vérité, la hernie peut être considérée ici comme une cellule.

Vient-on à se convaincre de la présence de la vessie dans une tumeur herniaire, la conduite à tenir, en ce qui concerne le traitement, varie suivant les cas ; elle est, d'ailleurs tracée par les exemples que j'ai cités.

S'il s'agit d'un cas très simple, où la vessie ne se soit engagée qu'accidentellement, on fait rentrer la hernie, et, par le moyen d'un bandage, on empêche que la tumeur se reproduise. Il faut, en même temps, favoriser l'émission de l'urine, soit par l'usage habituel de la sonde, ce qui est préférable, soit en introduisant celle-ci à chaque besoin d'uriner. Cette précaution est d'autant plus nécessaire que le malade fait de plus grands efforts, qui seuls suffiraient pour reproduire le déplacement de la vessie.

Si la tumeur herniaire venait à s'étrangler, et que la réduction fût impossible, il faudrait recourir au débridement. Mais ici je dois m'arrêter, pour ne pas entrer dans le domaine de

la chirurgie générale. J'ajouterai seulement qu'on a vu les symptômes de l'étranglement se manifester quoiqu'il n'y eût que la vessie engagée dans la tumeur. Le journal de M. Rust rapporte l'autopsie d'un homme mort au milieu des accidens causés par l'étranglement d'une hernie inguinale dont il était porteur depuis vingt ans, et chez lequel on trouva le sommet de la vessie serré par l'anneau, qui y adhérait d'une manière intime. Dans un cas fort remarquable, qu'a publié M. Clément, un sexagénaire, atteint depuis vingt-cinq ans d'une hernie scrotale volumineuse, succomba après avoir éprouvé pendant quelque temps une constipation opiniâtre, de grandes difficultés d'uriner et une incontinence d'urine. La tumeur renfermait une grande portion du colon, parfaitement sain, mais distendu par des matières fécales, et la vessie presque entière, dont les parois, frappées de gangrène, contenaient deux bouteilles d'urine extrêmement fétide.

La cystocèle périnéale est très rare, chez l'homme surtout. Pipelet en a publié un exemple. La tumeur était survenue à la suite de deux efforts consécutifs, l'un en glissant sur un parquet, les cuisses écartées, l'autre en sautant un fossé. On a pensé qu'il y avait eu rupture, ou peut-être simple écartement des fibres du muscle releveur de l'anus ou transverse du périnée, et que la vessie, cédant à l'action du diaphragme et des muscles abdominaux, avait glissé entre elles, pour venir former hernie sous la peau du périnée. La tumeur était grosse comme un œuf, oblongue et molle. En la pressant entre les doigts, on la faisait rentrer dans le bassin, et il restait au périnée une excavation arrondie, dans laquelle une petite noix aurait pu se loger; mais elle reparaissait au moindre effort. Elle causait du malaise, de la pesanteur et une douleur sourde au périnée. Le malade y portait la main et la comprimait légèrement, afin de mieux uriner.

II. *Hernies vésicales chez la femme.*

On observe aussi chez les femmes quelques déplacemens de la vessie que le praticien doit connaître, surtout lorsqu'il est appelé à combattre des difficultés d'uriner.

Le sommet de l'organe peut s'engager dans les anneaux, ou sous les arcades crurales, et y former de petites tumeurs herniaires. Verdier, qui rapporte des exemples de ces sortes de hernies, fait remarquer que, la matrice comprimant, pendant la grossesse, le sommet de la vessie distendue par l'urine, ce dernier viscère éprouve alors plus de tendance à se porter sur les côtés.

Mais, dans quelques cas de grossesse, la vessie est comprimée de haut en bas d'une manière plus générale, et de là résulte qu'elle tend à faire hernie vers le périnée, ou dans le vagin, plutôt que par les arcades crurales.

Chez une femme enceinte de cinq à six mois, qui se plaignait de grandes difficultés d'uriner, Méry découvrit, entre la vulve et l'anus, un peu sur le côté, une tumeur du volume d'un gros œuf, que la compression faisait disparaître, en même temps qu'elle provoquait la sortie de l'urine. Une autre femme, enceinte de six mois, dont Verdier rapporte l'observation, portait, sur le côté du périnée, une tumeur qui augmentait lorsque la personne se tenait debout et restait long-temps sans uriner, mais qui cédait à la moindre pression. Cette tumeur était molle, fluctuante, indolente, et sans changement de couleur à la peau; quand on la comprimait légèrement, l'envie d'uriner se manifestait; si la compression devenait plus forte, quelques gouttes d'urine s'échappaient par l'urètre. Elle disparut après l'accouchement, mais se reproduisit vers la fin d'une nouvelle grossesse.

On trouve dans le même auteur l'histoire d'une femme après l'accouchement de laquelle on découvrit, à l'entrée du vagin, une poche pleine de liquide, et du volume de la tête d'un enfant. Le doigt, introduit jusqu'au col de la matrice,

reconnut que cette poche était implantée à la partie supérieure du conduit vaginal : la femme éprouvait de fréquens besoins d'uriner, douloureux à satisfaire. La sonde introduite ne vida pas la tumeur ; il fallut recourir à la pression pour faire sortir l'urine, et par là le vagin devint libre. Chez une autre femme traitée par Baudeloque, la cystocèle vaginale faisait une saillie sensible hors de la vulve : l'introduction de la sonde fit disparaître la tumeur ; mais elle se reproduisit au bout de deux heures. On la vida de la même manière et par la pression des doigts ; l'accouchement eut lieu ensuite d'une manière heureuse.

La cystocèle vaginale peut se manifester aussi après l'accouchement, et déterminer des accidens graves, la rétention des lochies et de l'urine, des douleurs locales, la fièvre. Chaussier observa un cas de cette nature, dont Hoin a publié les détails : l'absence de toute tumeur à l'hypogastre, malgré la rétention d'urine, lui suggéra l'idée d'examiner le vagin, où il trouva une tumeur dont la réduction fit cesser les accidens.

Ce n'est pas seulement pendant la grossesse qu'on observe ces déplacemens de la vessie sur les côtés du vagin ; ils se produisent aussi dans d'autres circonstances. Ruysch parle d'une femme qui éprouvait de grandes difficultés et d'horribles douleurs pour uriner : on les attribuait à une chute de la matrice, faisant saillie au dehors ; mais, en palpant la tumeur, Ruysch reconnut qu'elle contenait des pierres, dont une incision longitudinale fit sortir quarante-deux, avec beaucoup d'urine. L'opération eut un plein succès. Dans un cas analogue, où la matrice, ayant entraîné la vessie, formait une tumeur du volume d'un petit melon, Tolet retira cinq calculs. Peyer eut occasion d'examiner le cadavre d'une femme qui avait long-temps souffert d'une chute de matrice : la vessie était comprise dans la tumeur, et le vagin renversé. Un médecin que cite Verdier, appelé auprès d'une

petite fille atteinte de rétention d'urine, vit, à l'entrée du vagin, une tumeur, du volume d'un œuf, dont les parois très minces laissaient apercevoir un liquide. La malade étant morte au bout de quelques heures, on reconnut que ce liquide était de l'urine; du reste, le fait est incomplet et accompagné de bizarres explications.

Ces sortes de hernies ne sont pas rares. Chez la femme plus que chez l'homme, la distension de la vessie repousse en bas le col vésical et l'urètre; le vagin est aussi refoulé, et sa paroi supérieure vient s'appliquer contre l'orifice de la vulve, où il produit une tumeur, qui fait quelquefois saillie au dehors. A mesure que les souffrances se prolongent, les tissus cèdent, l'urètre se dilate, et la vessie tend à faire hernie par le vagin. Si l'on introduit une sonde, on trouve l'urètre fortement dévié en bas, à tel point même que des chirurgiens, à l'esprit desquels la possibilité de cette disposition n'était pas présente, n'ont pu pénétrer dans la vessie. Lorsqu'on est parvenu, au moyen d'une grosse sonde, à redresser le canal, on est étonné de son excessive brièveté; l'orifice interne semble toucher au méat urinaire.

Mais les cas de rétention d'urine ne sont pas les seuls dans lesquels on rencontre cette espèce de renversement. Il y a de vieilles femmes dont la matrice est sensiblement descendue, pas assez cependant pour paraître à l'extérieur, tandis que le vagin est, pour ainsi dire, renversé, et fait saillie entre les grandes lèvres; la vessie se trouve entraînée dans ce mouvement, de telle sorte que son bas-fond est totalement déplacé, et forme tumeur entre le col de la matrice, la face inférieure du vagin, et la paroi supérieure de ce conduit, qui, retourné sur lui-même, devient, en la recouvrant, sa face antérieure. Trois cas de ce genre se sont offerts à moi. Dans deux, la tumeur était peu considérable : on la découvrait seulement en écartant les grandes lèvres, et l'introduction du doigt dans le vagin la faisait disparaître,

en même temps qu'elle provoquait le besoin d'uriner ; quand le doigt pénétrait à plus de deux pouces. L'une des malades éprouvait de la douleur, bien qu'il ne fût pas nécessaire d'employer une forte pression pour refouler et faire rentrer les parois vaginales.

L'autre malade était une femme de cinquante-cinq ans, qui jouissait d'une bonne santé, lorsqu'il y a six mois, elle éprouva des douleurs aux reins, au sacrum et aux pubis, avec faiblesse dans les jambes ; bientôt elle fut obligée de suspendre les longues courses qu'elle faisait habituellement à la campagne. Un jour, elle remarqua, à l'entrée de la vulve, une tumeur qui augmentait par les efforts et la station : c'était un renversement du vagin, avec déplacement du bas-fond de la vessie, mais sans changement dans l'état du col utérin. Jusqu'ici cette femme a uriné assez facilement et sans douleur ; elle a seulement de la peine à se tenir debout ; l'urètre est fort court et très incliné, tant de haut en bas que d'avant en arrière.

Dans le troisième cas, la tumeur était plus volumineuse ; elle faisait, en dehors des grandes lèvres, qui étaient elles-mêmes très longues, une saillie de plus de deux pouces. La malade éprouvait depuis long-temps des difficultés d'uriner, et ne pouvait satisfaire ses besoins qu'en exerçant une pression graduée sur la tumeur. La sonde ne pénétrait pas au-delà d'un pouce ; pour arriver plus avant, il me fallut en prendre une à très petite courbure, puis, dès qu'elle eut pénétré de quelques lignes dans l'urètre, en diriger l'extrémité vers le bas, et relever fortement le pavillon. L'instrument parvenait ainsi dans la cavité, où toute la vessie paraissait être contenue. Par ce procédé, je réussis à faire uriner la malade. Dès que le viscère fut vide, il devint facile de faire rentrer la tumeur jusqu'au niveau de la vulve ; mais la femme souffrait dès qu'on poussait davantage, et la saillie reparaissait au dehors aussitôt qu'on cessait de la contenir.

Je me bornai à faire contenir la tumeur, à recommander de la comprimer pour faciliter l'excrétion de l'urine, et à prescrire de fréquentes lotions froides.

Verdier cite, d'après Duvernoy, l'autopsie d'une femme, sur le compte de laquelle on ne possède d'ailleurs aucun renseignement. Il y avait chute de la portion antérieure du vagin, et la vessie se trouvait dans la duplicature que ce canal formait. La partie déplacée de l'organe contenait une pierre volumineuse.

Les difficultés d'uriner qu'entraîne cet état de choses ne sont pas toujours en rapport avec l'étendue des déplacemens. Une femme, dont parle Bassius, portait, depuis trente ans, une descente de matrice, de vagin et de vessie, le tout formant une tumeur du volume de la tête d'un enfant : elle ne souffrait pas, et n'éprouvait que de loin en loin des difficultés d'uriner. A l'ouverture du corps, on reconnut que la vessie, très grande, n'était logée qu'en partie dans la tumeur : la portion voisine de l'urètre se trouvait encore dans le bassin. Il ne pouvait y avoir de difficulté qu'à expulser l'urine contenue dans la portion déplacée.

Dans quelques-uns de ces cas, la vessie, quoique herniée, conserve un certain pouvoir d'expulsion, qu'accroît encore la contractilité des parois vaginales. Les malades peuvent alors uriner assez librement et sans avoir besoin de comprimer la tumeur. S'il en est autrement, on observe des difficultés d'uriner et même des rétentions d'urine.

Mais il ne faut pas croire que toutes les tumeurs qui se prononcent ainsi à l'orifice de la vulve soient de nature identique, abstraction faite même des excroissances polypeuses ou fongueuses implantées dans l'urètre ou sur le col vésical, et auxquelles il arrive quelquefois de se prononcer au-dehors. Tantôt il y a renversement du vagin, avec ou sans déplacement de la matrice, et déformation plus ou moins considérable de la vessie; tantôt c'est la membrane muqueuse de l'urètre

ou du col vésical qui se renverse. Quelquefois la tumeur est formée par le sommet de la vessie, ou par l'un des points de la face interne de ce viscère. Hoin a connu une fille de vingt-cinq ans, incommodée de rétention d'urine, chez laquelle la membrane interne du col de la vessie s'échappa par les voies urinaires; cette tunique renversée formait au-dehors une tumeur allongée et de la grosseur du petit doigt, qui avait paru à la suite de grands efforts; la saillie persista pendant plusieurs jours, et s'effaça ensuite d'elle-même. Chez une femme à laquelle Chopart donna des soins, le renversement de la membrane interne de l'urètre produisait une tumeur cylindroïde, saillante de quatre pouces hors de l'urètre, par l'extrémité frangée de laquelle l'urine découlait, et dont l'excision fut pratiquée avec succès. Ce phénomène a lieu quelquefois lorsqu'un calcul vient à s'arrêter dans l'urètre. Une femme très replète éprouva des difficultés d'uriner et des douleurs à la région pubienne, qui persistèrent. Plus tard survint une rétention d'urine, qui exigea l'emploi de la sonde. Souvent, il suffisait à la malade de se coucher sur le dos, en écartant les cuisses, pour uriner avec facilité. Quand elle n'y parvenait pas, elle se servait d'une sonde, qui lui paraissait refouler une petite tumeur au col de la vessie. Percy la vit dans un moment où cette tumeur, faisant saillie au méat urinaire, empêchait depuis douze heures tout écoulement de l'urine; elle ressemblait à une masse de chair, du volume d'un œuf de pigeon, rouge, inégalement boursouflée, sillonnée en travers, assez résistante et médiocrement sensible. Elle rentrait d'elle-même, ou par la pression, soit de la sonde, soit du doigt. Quand la malade avait le courage de souffrir vingt à vingt-quatre heures, la rentrée de cette tumeur se préparait peu-à-peu, puis s'achevait tout-à-coup, avec bruit, et l'urine coulait involontairement. Percy la regarda avec raison comme étant due à l'introversion d'une partie des parois de la vessie.

CHAPITRE V.

DU SÉJOUR FORCÉ DE L'URINE DANS LA VESSIE.

Le séjour de l'urine dans son réservoir peut se prolonger au-delà du terme ordinaire, par deux séries de circonstances différentes. Tantôt l'urine, bien qu'elle ne sorte pas, ou ne sorte qu'incomplètement, ne rencontre rien qui s'oppose à son cours, le canal excréteur étant sain et libre dans toute son étendue; mais les parois de la vessie ont perdu leur puissance expulsive, en totalité ou en partie, et il ne leur reste plus que l'élasticité commune à tous les tissus vivans. Tantôt la vessie possède toutes les qualités nécessaires pour chasser son contenu au-dehors dès qu'elle est suffisamment distendue, mais un point quelconque du conduit excréteur offre des obstacles qui rendent la sortie du liquide difficile, impossible même. Comme le résultat définitif est toujours la difficulté ou l'impossibilité d'uriner, et que, dans la majorité des circonstances, les praticiens ne s'occupent que des grandes perturbations, ils désignent les deux cas sous le nom commun de rétention d'urine. Mais cette dénomination est évidemment impropre lorsqu'il s'agit d'une collection de liquide qui ne se forme que parce que le réservoir ne peut pas chasser ce dernier. J'appellerai donc le premier cas *stagnation* et le second *rétention d'urine*. Les conséquences ne diffèrent pas moins que les causes et le mode de traitement. D'un côté, les désordres tiennent aux efforts expulsifs de la vessie, et, de l'autre, ils dépendent surtout des caractères morbides qu'acquiert l'urine, de son influence sur la surface interne de la vessie et de l'état prolongé de plénitude du viscère.

Ici, l'art doit tendre à ranimer la contractilité vésicale, et là, son but est d'écarter les obstacles qui paralysent les efforts de l'organe. Si, dans l'un et l'autre cas, on a quelquefois recours aux mêmes moyens, c'est qu'il y a des indications semblables à remplir, celle, par exemple, de faciliter l'excrétion de l'urine. Ainsi, que le liquide ne soit pas chassé ou qu'il soit retenu, on introduit une sonde; mais, dans le premier cas, pour suppléer à la perte d'action de la vessie, et dans le second, pour faire cesser les obstacles qui occasionnent la rétention. Du reste, les deux états ne sont pas sans avoir de certains rapports, en ce sens du moins qu'ils peuvent se succéder l'un à l'autre, et jouer réciproquement le double rôle de cause et d'effet.

ARTICLE I.

De la stagnation de l'urine.

A l'état morbide dont l'étude va faire le sujet de cet article doivent se rattacher, et les faits de rétention d'urine par paralysie de la vessie, dont la science est déjà en possession, et la description que les auteurs nous ont transmise des paralysies incomplètes du viscère. Une longue expérience m'a prouvé que cet état du réservoir de l'urine n'avait pas suffisamment fixé l'attention des observateurs, que surtout on avait négligé des points importans de thérapeutique. J'ai essayé de remplir cette lacune, en examinant l'atonie ou la paralysie de la vessie, et la stagnation de l'urine qui en est la conséquence, d'abord dans les cas simples, puis dans les cas compliqués.

I. *Stagnation de l'urine dans les cas simples.*

A chaque instant, il se présente dans la pratique des malades de tout âge et de toute condition, qui éprouvent du côté de la vessie des troubles fonctionnels vagues, qu'on ne peut rattacher à aucune cause, et dont les sujets font

un exposé diffus et incohérent. Le praticien peu exercé ne découvre aucun état morbide caractérisé: il se borne à prescrire les moyens généraux en usage contre les irritations, et le malade continue de vivre, non avec des souffrances, car il ne ressent pas de véritables douleurs, mais avec du malaise, de l'indisposition, état de choses qui peut durer de longues années. Si l'on procède à l'examen avec plus de soin, on ne tarde pas à s'apercevoir que le sujet urine mal, qu'il est obligé de pousser pour faire partir l'urine, aussi bien que pour chasser les dernières gouttes, qu'il ne parvient à donner le dernier coup de piston qu'après quelques tentatives infructueuses, et que le jet est généralement faible, surtout en commençant et en finissant. Si le malade résiste pendant quelque temps au besoin d'uriner, il a plus de peine à faire partir l'urine, et même parfois celle-ci ne part pas franchement : il n'y en a qu'une partie de lancée, tantôt par un jet filiforme, aplati, tournoyant, tantôt sans jet, principalement au début et vers la fin : le liquide tombe entre les jambes, sur la chaussure, et au bout d'un laps de temps assez court, il faut recommencer.

Nous avons vu cette particularité dans les névralgies du col vésical, les rétrécissemens urétraux commençans, et plusieurs maladies de la prostate. Là on l'explique aisément, puisque la vessie n'a pas assez de force pour vaincre l'obstacle dû à la raideur, au resserrement de son col ou de son conduit excréteur. Mais, ici, l'atonie vésicale est le fait capital, la source de tous les troubles.

Dans un cas comme dans l'autre, il peut en résulter à la longue des conséquences graves. D'un côté, l'urine, qui séjourne dans son réservoir beaucoup plus long-temps qu'elle ne devrait le faire, acquiert des qualités morbides et de plus en plus importunes pour la surface du viscère. D'un autre côté, à mesure que l'état se prolonge, l'organe se fatigue d'un travail dont le malade n'a pas conscience, mais qui

s'accomplit réellement; ses parois se relâchent, ses fibres s'allongent, sa capacité s'agrandit, et un moment arrive où, remplissant l'excavation pelvienne, il forme, au-dessus des pubis, une saillie plus ou moins élevée, mais difficile à apprécier. Car, ce n'est pas une tumeur dure, arrondie, rénitente, comme on le voit dans le cas de rétention d'urine avec tension de la vessie, contractions fortes et énergiques de ses parois. On sent, à travers les tégumens de l'abdomen, un empâtement de liquide peu ou point comprimé, et qui semble à peine ramassé. La vessie étant molle, lâche et incapable de réaction, elle cède, principalement vers les points où elle rencontre le moins de résistance. Ainsi, c'est en arrière et vers les fosses iliaques qu'elle s'étend le plus, et si elle s'élève d'une certaine quantité au-dessus des pubis, on a quelquefois d'autant plus de peine à distinguer la saillie qu'elle forme, que celle-ci est molle, et qu'elle se confond avec la masse des intestins. Il y a comme une sorte de diffusion, qui ne permet pas de reconnaître la vessie, surtout quand le sujet a de l'embonpoint, ou que ses tissus sont mous et flasques, en quelque sorte infiltrés, ce qui arrive assez ordinairement.

J'ai examiné un grand nombre de malades de cette espèce, et j'ai pu me convaincre que ni le toucher par le rectum, ni l'examen par la région hypogastrique, ne suffisent pour faire apprécier une telle ampliation de la vessie, lorsque les parois ne sont pas fortement tendues. Les plus habiles praticiens sont également demeurés plus d'une fois dans le doute sur le véritable caractère de la tumeur, qui a été prise fréquemment pour une hydropisie, un épanchement dans la cavité abdominale, ou même une maladie de tout autre nature. Frank cite un cas où elle fut attribuée à une ascite, que la sonde seule guérit en retirant douze livres d'urine de la vessie, sans cependant encore opérer une déplétion complète. Dans un cas dont j'ai consigné ailleurs les

détails, j'ai été appelé par un grand praticien qui traitait, depuis plusieurs mois, un malade pour une ascite; je fis sortir de la vessie quatre pintes d'urine, et alors seulement la vraie nature de la maladie devint évidente. Ce qui contribue le plus à entretenir l'erreur, c'est que la vessie acquiert parfois des dimensions énormes; Morgagni l'a vue monter à l'ombilic, Hunter à l'épigastre et Bishop s'étendre, au côté droit, depuis la symphyse pubienne jusqu'à la onzième côte. Ce phénomène n'est d'ailleurs pas rare, à beaucoup près.

On ne parvient, en général, à reconnaître l'accumulation de l'urine que quand le liquide s'est amassé en quantité suffisante pour distendre l'organe autant que le permet l'élasticité de ses parois. Le diagnostic présente alors plus de facilité; mais il est trop tard, la vessie a perdu tout pouvoir de réaction. Ses fibres, comme celles de la plupart des autres appareils, lorsqu'elles ont été alongées outre mesure, et surtout que l'alongement a duré quelque temps, perdent la faculté de se contracter désormais, et demeurent frappées de paralysie. D'ailleurs, même en pareil cas, il est quelquefois plus difficile qu'on ne pense d'établir un diagnostic rigoureux, ce qui tient principalement au degré d'élasticité des parois vésicales, qui varie à l'infini, selon les individus, et aux différences qui peuvent avoir lieu, tant dans le développement de la tumeur que dans la manière dont l'urine s'écoule. Sabatier parle d'une femme qu'on se proposait d'envoyer aux eaux afin d'obtenir la fonte d'une tumeur dure qui lui était survenue à l'hypogastre, quelque temps après l'accouchement, et qu'on croyait avoir son siège dans la matrice; cette tumeur n'était autre chose que la vessie distendue, et elle disparut par le seul fait de l'introduction d'une sonde; on ne s'était même pas douté de sa nature, parce que la femme urinait à volonté, et que, dans un temps donné, elle rendait autant d'urine que le fait une personne en santé.

Une jeune primipare, dont le docteur Blumenthal a retracé l'histoire, se plaignit de vives douleurs dans l'abdomen après être accouchée ; depuis sa délivrance, elle avait uriné souvent, mais peu à-la-fois; on croyait sentir la matrice au-dessus de la symphyse; cependant, comme la tumeur s'accrut peu-à-peu, au point de dépasser l'ombilic, et qu'on y sentait une sorte de fluctuation, le soupçon vint qu'elle pourrait bien être due à la vessie remplie outre mesure; en effet, la sonde, qu'on prit le parti d'introduire, évacua seize pintes d'urine.

La pratique m'a offert quelques-uns de ces cas, dans lesquels l'ensemble des symptômes avait fait présumer une toute autre maladie que l'état de plénitude de la vessie. L'un des plus remarquables est celui d'une jeune demoiselle russe dont la vessie, s'élevant au-dessus de l'ombilic, formait une tumeur aplatie, assez molle et très large, sur la nature de laquelle les praticiens les plus distingués de la Russie n'avaient pu s'accorder entre eux, et qui, lorsqu'on eut reconnu à Berlin qu'elle devait naissance à la vessie, fut attribuée à une foule de causes illusoires ou sans influence. L'état de cette demoiselle dépendait primitivement d'une névralgie de l'urètre et du col vésical, qui avaient produit, dans l'excrétion de l'urine, un trouble, à la suite duquel étaient survenues d'abord l'atonie, puis la paralysie du corps de la vessie; quant aux désordres et accidens ultérieurs, ils reconnaissaient pour causes le séjour trop prolongé et l'altération de l'urine dans son réservoir.

Ce qui contribue le plus à répandre de l'incertitude sur le diagnostic de la tumeur vésicale, c'est que, dans un certain nombre de cas, le malade n'éprouve que des troubles passagers dans l'émission de l'urine, et qu'il peut recouvrer pour assez long-temps la faculté d'uriner presque naturellement, c'est-à-dire que les besoins sont assez rapprochés, mais qu'il peut les satisfaire sans de grands efforts, et que, dans les

intervalles, il ressent seulement de la gêne, de l'embarras, sans nul indice de la plénitude de la vessie.

En effet, les sensations du malade sont généralement peu propres à éclairer. Quelquefois il souffre beaucoup, surtout lorsque la vessie est surdistendue. Mais, la plupart du temps, cet organe cause peu de douleurs proprement dites. Les sensations pénibles que les malades éprouvent sont rarement en rapport avec la puissance des agens provocateurs, et elles se manifestent moins à la région vésicale que dans d'autres parties du corps. Si la présence d'un corps étranger, si des altérations organiques graves et fort avancées ne donnent lieu qu'à des sensations vagues, qui même manquent quelquefois, on doit s'attendre à une incertitude plus grande encore lorsque la cause morbide a une action moins directe, moins circonscrite, lorsque surtout le viscère sur lequel elle agit se trouve dans un état de faiblesse, d'engourdissement, en un mot, dans les conditions les plus défavorables pour percevoir une sensation, et surtout pour la transmettre. Or, tel est le cas dont il s'agit ici.

L'obscurité augmente encore s'il existe des déformations primitives ou acquises du réservoir de l'urine. Nous avons vu, en traitant des hernies et des cellules vésicales, que la vessie distendue est susceptible de présenter les formes les plus extraordinaires. Il suffit de se rappeler les faits que j'ai cités à cet égard pour que le chirurgien sente la nécessité de se tenir sur ses gardes, et qu'il n'aille pas confondre, comme on le fait si souvent, ces sortes de tumeurs insolites de la vessie avec d'autres maladies des organes contenus dans l'abdomen. Qu'il me suffise de rappeler que ces dispositions inaccoutumées du réservoir de l'urine ont d'ailleurs une grande influence sur le développement de l'atonie vésicale et sur la stagnation de l'urine. Il en est de même de la plupart des lésions organiques de la prostate et de la vessie que j'ai passées en revue, et qui concourent aussi à produire l'atonie et

la paralysie de la vessie, d'où résultent des cas compliqués sur lesquels je reviendrai. Il ne s'agit ici que de ceux à l'égard desquels le diagnostic est le moins obscur.

Si les signes rationnels tirés de l'examen de sujet au moment où il consulte, et les sensations dont il fait l'exposé, sont presque toujours insuffisans pour faire reconnaître la stagnation de l'urine dans son réservoir, l'art possède un moyen facile et sûr de lever tous les doutes. C'est d'introduire une sonde dans la vessie, immédiatement après que le malade a uriné. S'il s'écoule une nouvelle quantité de liquide, sans qu'on découvre d'obstacle ni dans l'urètre, ni au col vésical, on peut être assuré que le viscère ne possède pas assez d'énergie, et que l'urine y séjourne. Lorsque l'on sonde le sujet dans une position couchée, il faut avoir la précaution d'appuyer la main sur son hypogastre, et de l'engager à faire des efforts comme pour aller à la selle : car, si l'on négligeait ces soins, le liquide pourrait ne pas sortir, même à l'aide de la sonde. La quantité d'urine qu'on retire ainsi fait connaître de combien la vessie est paresseuse. Mais, pour acquérir des notions précises à cet égard, il faut sonder à plusieurs reprises, et à d'assez longs intervalles, attendu que, quand la maladie est encore peu avancée, l'atonie de la vessie peut ne point être permanente, de sorte que ce n'est qu'en multipliant les expériences qu'on parvient à lever tous les doutes.

Il est d'autres moyens encore auxquels j'ai recours pour assurer le diagnostic, et dont je ne saurais trop recommander l'emploi.

Après avoir retiré avec la sonde tout ce qui restait d'urine dans la vessie, je fais plusieurs injections d'eau froide. La première sort, pour ainsi dire, en bavant. Le liquide tombe perpendiculairement, sans former de jet, à moins que le malade ne fasse effort, qu'on ne le sonde debout, ou qu'on ne comprime l'hypogastre. Aux injections suivantes, l'eau est chassée par

les seules contractions de la vessie, sans que le sujet pousse, et sans qu'il soit nécessaire d'appuyer sur le ventre. Ces contractions vésicales provoquées par l'injection, surtout à une basse température, s'établissent d'autant plus vite, et avec d'autant plus de force, que l'atonie de la vessie est moins avancée. La quantité de liquide qu'on peut introduire avant que le malade éprouve le besoin d'uriner fait connaître le degré d'ampliation que la vessie a acquis, et le nombre des injections qu'il faut pousser avant que les contractions se manifestent, donne la mesure des progrès qu'a faits la paresse du viscère.

Ainsi, par le seul fait de l'introduction de la sonde et des injections, on s'assure et de la capacité de la vessie et du degré d'énergie de ses parois; on est conduit, en outre, comme je l'ai démontré dans les chapitres précédens, à constater ou du moins à soupçonner plusieurs des lésions qui viennent d'être étudiées, et qui exercent de l'influence sur l'émission de l'urine. L'utilité de cette connaissance saute aux yeux : elle sert de guide pour arriver à se faire une idée nette de la maladie, et dirige l'emploi des moyens curatifs.

Cependant il ne suffit pas de reconnaître l'état présent des choses; il faut remonter plus loin et rechercher si, dans son enfance, ou même à un âge plus avancé, le malade ne pissait pas au lit; il faut s'informer de l'époque à laquelle il a commencé à remarquer que le jet de l'urine était moins raide, moins nourri, que les besoins renaissaient plus fréquemment, et que l'émission devenait difficile après s'être retenu; il faut savoir si l'urine a déposé autrefois, si elle le fait encore, s'il y a des constipations opiniâtres, etc. Il n'est pas rare non plus de découvrir, dans l'état local ou général, d'autres particularités également dignes d'être prises en considération, comme la flaccidité de la verge, le relâchement du scrotum, le développement plus considérable du gland, la mollesse de la constitution, la décoloration des tégumens, la perte des forces et

de l'embonpoint. A ces symptômes, qui d'ailleurs n'ont rien de constant, viennent se joindre ceux des états nerveux de l'urètre et du col vésical, ceux des lésions organiques de la prostate, de la vessie et des tissus vésicaux, enfin, à une époque plus avancée, les divers dépôts de l'urine qui constituent le catarrhe vésical. Ainsi, ce n'est pas seulement l'état de la vessie qu'il faut étudier; les symptômes et les particularités que je viens d'énoncer méritent d'autant plus de fixer l'attention, qu'on se trouve conduit par là à mieux apprécier l'état morbide qu'il s'agit de combattre et à mieux modifier la médication dans chaque série de cas. Mais, pour ce qui est de reconnaître l'atonie de la vessie, source des accidens, j'avoue qu'il m'est impossible de comprendre qu'on puisse se faire illusion, et qu'il se trouve des chirurgiens assez préoccupés ou assez prévenus pour ne pas se rendre à l'évidence, pour confondre, comme on le fait tous les jours encore, l'état morbide qui nous occupe avec les rétrécissemens urétraux et les lésions organiques de la prostate, du col et du corps de la vessie. Au moyen des précautions que j'ai indiquées dans les explorations relatives à chacun de ces états morbides, la méprise peut être facilement évitée.

Sans sortir des cas simples, les seuls dont j'aie à m'occuper maintenant, le traitement de l'atonie vésicale varie, surtout en raison des progrès de la maladie, dont je crois nécessaire d'admettre, sous ce rapport, trois degrés.

Premier degré. — Le hasard seul, quelque circonstance imprévue, ou plus communément une maladie accessoire, soit de l'appareil urinaire, soit du reste de l'économie, nous amène des sujets atteints d'atonie simple de la vessie, sans rétention d'urine, sans catarrhe, sans troubles fonctionnels manifestes. Dans ce cas, les ressources de l'art ont une efficacité admirable. En quelques jours, on redonne à la vessie le degré de force qui lui est nécessaire pour expulser son contenu sans

fatigue ni efforts. Une fois le diagnostic bien établi, le traitement ne présente aucune difficulté.

Lorsqu'il s'agit d'une atonie simple et de courte durée, qui entraîne des difficultés accidentelles d'uriner, de la lenteur et de la faiblesse dans le jet de l'urine, il suffit quelquefois d'appliquer des compresses imbibées d'eau fraîche sur le pénis, le périnée, l'hypogastre ou la partie interne des cuisses, de jeter de l'eau froide à la figure, ou de faire plonger les mains dans ce liquide, pour que l'urine reprenne son cours. Mais on ne s'en est pas tenu à ces moyens simples, on a conseillé l'application de la glace sur l'hypogastre, on a engagé les malades à descendre dans une cave pour uriner en lieu frais, ou à se promener pieds nus sur le carreau; ces pratiques, sous l'influence desquelles se rétablit le cours de l'urine momentanément interrompu, ne suffisent pas pour opérer la guérison et prévenir le retour des accidens.

Il importe d'écarter toutes les causes, dont la persistance ne ferait qu'aggraver la position du malade, et pourrait paralyser, jusqu'à un certain point, l'effet des remèdes. Il faut surtout combattre l'habitude d'uriner sans sortir du lit, et celle, plus funeste encore, de ne pas prendre le temps de vider complètement la vessie.

En traitant des névralgies de l'urètre et du col vésical, j'ai cité plusieurs cas dans lesquels il a suffi de modifier la sensibilité de ces parties par l'introduction d'une ou plusieurs bougies, et de pratiquer quelques injections d'eau froide, pour faire cesser l'atonie vésicale qui coïncidait avec la névralgie. Dans d'autres circonstances, que j'ai également fait connaître, il n'a fallu non plus que remédier à une constipation opiniâtre pour obtenir que l'urine ne fît plus un séjour forcé dans son réservoir. Ce sont là des cas fort simples, où les indications sautent aux yeux. Heureux le malade qui réclame les secours de l'art à cette époque, et avant le développement des complications que nous allons trouver dans les cas plus

avancés. Le succès est alors aussi certain que le traitement est simple. Rien de plus facile, en effet, que d'obtenir la guérison quand la maladie est peu ancienne, peu développée, que la vessie n'a pas été surdistendue, et qu'il n'existe aucune complication ni de catarrhe vésical, ni de lésion organique à la prostate, à la vessie, à l'urètre ou aux organes voisins.

Second degré. — Lorsque cet état morbide, d'abord si simple et si facile à traiter, a été négligé, ce qui arrive le plus ordinairement, il s'étend et s'aggrave, ou se complique d'autres états qui rendent le traitement plus long, plus complexe, plus difficile, et le résultat moins assuré. Il n'est pas rare, d'ailleurs, qu'indépendamment des complications accidentelles qu'on voit survenir, le malade soit atteint d'états morbides déjà anciens, qui ont précédé l'atonie de la vessie, et qui contribuent beaucoup à entraver le traitement, à le semer de difficultés, ainsi que je le démontrerai en parlant des cas compliqués.

On rencontre à chaque instant des personnes de tout âge dont la vessie ne se vide pas complètement à chaque contraction. En général, le malade n'est point averti de cette insuffisance d'action; il croit bien n'avoir pas fini d'uriner; mais comme il ne souffre point, il n'en prend aucun souci; s'il est avancé en âge, il croit voir là un effet nécessaire de la vieillesse. Cet état peut durer des semaines, des mois, des années, sans imminence de danger. La demi-plénitude habituelle de la vessie devient pour ainsi dire une condition normale, et l'organe, dans les limites de la contraction bornée dont il est encore susceptible, expulse l'urine, non avec force, ni complètement, mais avec une sorte de facilité; il y a demi-paralysie.

C'est pendant l'exercice de cette fonction ainsi limitée que le malade éprouve une série de symptômes qui aboutissent au second degré de la stagnation d'urine, et si l'on ne vient pas

en toute hâte à son secours, il se trouve bientôt en proie aux angoisses de la rétention. Mais, avant que les choses arrivent là, les accidens de la première période deviennent plus intenses et plus prolongés, les besoins d'uriner se rapprochent de plus en plus, il faut un laps de temps plus considérable pour les satisfaire, l'urine est souvent louche, fétide, nuageuse, et si l'on introduit une sonde, outre qu'il sort une quantité de liquide supérieure à celle que le sujet rend naturellement, ce liquide est plus épais et plus coloré. Enfin, pour peu que le malade résiste au besoin qu'il éprouve, s'il commet quelque excès de table, s'il entreprend un voyage en voiture, etc., il ne peut plus uriner.

Les vices du traitement généralement usité en pareil cas ont été très bien peints par Boyer. Au lieu de débarrasser promptement la vessie de l'urine qui la distend, dit-il, on prodigue les saignées locales et générales, les bains, les cataplasmes, les fomentations, les lavemens, les boissons délayantes, les rafraîchissans, etc. Une pareille conduite, qui tient presque toujours à ce qu'on méconnaît la vraie nature de la maladie, ou à ce qu'on la confond avec d'autres, n'a pas seulement l'inconvénient de prolonger les souffrances des malades, elle contribue encore à rendre leur état plus difficile à guérir, ou même incurable, et exposant les parois de la vessie à une distension excessive, qui peut en amener la paralysie.

La première indication qui se présente est donc de vider la vessie au moyen d'une sonde. Mais ici nous ne trouvons, même dans les meilleurs auteurs, que des préceptes vagues et souvent contradictoires. Sans préciser les cas, sans tenir compte de l'état des organes qui produisent ou compliquent l'atonie de la vessie, on s'est borné à dire, avec Chopart, Sœmmering et autres, qu'il faut introduire la sonde et donner issue à la totalité de l'urine, afin de ne pas laisser au fond de la vessie un dépôt épais qui, devenant putride par

son séjour, exerce une impression fâcheuse sur les parois du viscère. On a été jusqu'à prescrire d'établir une compression sur l'hypogastre, d'appliquer un bandage de corps serré, de laisser une sonde à demeure, sans la boucher, afin que l'urine coule continuellement, et que les parois de la vessie ne soient jamais écartées, ou même de pomper le liquide avec une seringue de construction particulière.

Ce n'est pas dans de tels extrêmes, ni dans des préceptes si peu précis, que consiste une pratique rationnelle. Lorsqu'une rétention d'urine accidentelle succède à une atonie vésicale plus ou moins ancienne, sans complications, sans désordres graves, il faut introduire la sonde avec précaution, laisser couler l'urine complètement, mais avec lenteur, même avec des suspensions, et retirer ensuite l'instrument. Au bout de quelques heures, quand de nouveaux besoins se manifestent, et que le malade s'est déjà présenté plusieurs fois sans pouvoir les satisfaire, on vide de nouveau la vessie, toujours avec les mêmes précautions et sans laisser la sonde. On continue d'agir ainsi pendant un ou plusieurs jours, si l'on acquiert la certitude que la vessie a perdu pour longtemps la faculté de se vider par ses propres contractions, ou bien on continue de sonder le malade quatre ou cinq fois par jour, et même plus souvent, s'il y a nécessité de le faire ; ce dont on est averti par de pressans besoins d'uriner qui n'aboutissent à rien, malgré les efforts du sujet, ou on laisse une sonde à demeure, ce qui peut être indiqué d'ailleurs par l'impossibilité de se rendre auprès du malade aussi souvent que son état pourrait l'exiger. Mais, dans la plupart des cas, ceux surtout qui sont douteux, la prudence commande de ne pas procéder de suite au placement de la sonde à demeure, afin de mieux apprécier le degré d'irritabilité de l'urètre et du col vésical, qui pourrait être telle que la présence continuelle de l'instrument donnât lieu à des accidens.

Un ancien général, plus qu'octogénaire, et d'une constitution

faible, remarquait, depuis plusieurs années, que son urine était expulsée avec lenteur, difficulté et douleur. Il était surtout obligé de faire des efforts et d'attendre pour déterminer la sortie des premières gouttes. La veille du jour où je le vis, il avait présidé une société savante, et résisté quelque temps au besoin d'uriner ; lorsqu'ensuite il se présenta pour le satisfaire, il ne put y parvenir. Appelé au bout de douze heures, je retirai deux pintes d'urine bourbeuse et sanguinolente. Un prompt soulagement fut la suite de cette évacuation ; mais, la vessie ayant totalement perdu son ressort, il fallut répéter le cathétérisme trois fois par jour. Le troisième jour, les besoins d'uriner se rapprochèrent, et l'urètre parut moins irritable; je plaçai une sonde à demeure, que le malade supporta sans peine pendant quelques jours. Cependant la faiblesse augmenta, le pouls acquit de la fréquence, l'urètre redevint sensible, la verge se gonfla. Je retirai la sonde, pour la remettre en place quelques jours après. Dans cet intervalle, on l'introduisit quatre fois par jour. Enfin, quand on la replaça à demeure, elle fut mieux supportée, et il ne parut plus d'accidens du côté de l'urètre. La santé commençait à renaître, quand le malade fut enlevé par le choléra.

Les particularités qui se sont offertes dans ce cas, au sujet des accidens provoqués par la sonde à demeure, se voient fréquemment, non-seulement chez les sujets atteints de rétention d'urine, mais encore après la cystotomie sus-pubienne, ainsi que je l'ai dit dans le Parallèle. Alors même qu'on a diminué la sensibilité de l'urètre et accoutumé les parties au contact de la sonde par de fréquentes introductions, il n'est pas rare qu'après trois ou quatre jours de séjour permanent dans le canal, l'instrument donne lieu à de l'agitation, à de la fièvre. Le laisser en place alors entraînerait de graves inconvéniens. On ne doit donc pas hésiter à le retirer, et à pratiquer le cathétérisme aussi souvent que le besoin d'uriner se fait sentir avec force. Au bout de quelques jours,

l'irritation locale a diminué d'une manière sensible, et l'on peut replacer la sonde, qui ne donne plus lieu aux mêmes désordres. Ce qu'il y a de plus difficile à obtenir, c'est l'impulsion vers le bien ; une fois prononcée, elle ne s'arrête généralement pas.

J'ai été consulté, en 1829, par l'un des administrateurs de l'établissement de Tivoli, qui souffrait depuis long-temps du côté de la vessie, sans que la maladie eût des caractères tranchés. On avait placé une sonde pour remédier à des difficultés d'uriner, dues à l'atonie de la vessie; mais le malade en fut horriblement fatigué. Il la supporta cependant, malgré l'agitation et la fièvre qu'elle détermina. Quand je fus appelé, un abcès existait dans la partie profonde du périnée. J'en fis l'ouverture : il sortit du pus épais, très fétide et sanguinolent. Je fus obligé de retirer la sonde, à cause des douleurs qu'elle déterminait. L'urine s'écoula en partie par la plaie et en partie par la verge. Au bout de deux jours, j'essayai de replacer la sonde ; mais cette fois encore elle ne put être supportée : le gonflement du pénis, qui avait précédé la formation de l'abcès, reparut ; l'urètre était tellement irritable que le simple passage d'une bougie faisait frissonner le malade. Je me bornai à combattre cette irritation par des applications émollientes et sédatives, des lavemens calmans, des boissons abondantes. Bientôt les symptômes locaux et généraux s'effacèrent, la plaie se cicatrisa, et j'obtins une guérison solide par l'emploi des bougies molles, introduites tous les jours et laissées en place pendant dix minutes chaque fois.

Dans ces diverses occurrences, il faut être sobre de l'emploi des sondes à demeure, et quoique l'autre mode tienne le malade et le praticien dans un assujétissement quelquefois pénible, on ne doit pas hésiter à le préférer; c'est le plus sûr moyen d'éviter des accidens graves qu'on voit quelquefois survenir. Le sujet eût-il même déjà l'habitude de porter des sondes en permanence depuis longues années, et sans en être incom-

modé, par suite des nouveaux désordres qui sont survenus, l'urètre et le col vésical acquièrent une susceptibilité telle, que leur présence continuelle devient tout-à-coup pénible, insupportable même. Il vaut donc mieux n'introduire l'instrument que quand la nécessité de le faire se prononce ; c'est un moyen d'obtenir que la contractilité vésicale entre en jeu chaque fois que le besoin d'uriner se manifeste, et si l'on conserve encore quelque espoir de guérison, ce n'est qu'à la faveur de l'exercice que la faculté d'uriner naturellement peut se rétablir.

L'expérience m'a convaincu qu'en général l'urètre, le col de la vessie et le corps de cet organe supportent mieux les introductions réitérées de la sonde que son séjour permanent. On évite par là les indurations et squirrhosités des parois urétrales et de la prostate, les écoulemens urétraux, les catarrhes et les racornissemens de la vessie, qui sont les conséquences si fréquentes de l'ancienne méthode. Il est donc préférable d'enseigner au malade ou à quelqu'un de ceux qui l'entourent à introduire une sonde à courbure fixe et sans mandrin, qui ne présente aucune difficulté, surtout quand la courbure de l'urètre est peu prononcée et que la prostate n'est point tuméfiée. S'il survient par hasard un peu d'exaspération dans la sensibilité, le chirurgien fera lui-même l'opération pendant quelques jours, et jusqu'à ce que le calme soit rétabli.

Un octogénaire, épuisé par une longue série d'indispositions physiques et de peines morales, éprouvait depuis quelques années des difficultés d'uriner, auxquelles succéda enfin une rétention pour laquelle je fus appelé. La vessie était énormément distendue, et des essais inutiles de cathétérisme par divers praticiens me faisaient craindre qu'il existât un obstacle au col de cet organe; mais la sonde pénétra avec la plus grande facilité. Pendant quelque temps, je sondai le malade trois fois par jour, puis je plaçai une

sonde à demeure. La santé se rétablit. Bientôt après j'enseignai au valet-de-chambre à sonder son maître et à faire des injections d'eau froide. Le malade parvint à rendre seul de temps en temps une partie de l'urine : il achevait de vider la vessie en introduisant la sonde. Sa vie se prolongea ainsi de plusieurs années, dans un état fort satisfaisant.

Toutefois il convient que, dans aucun cas, le sujet ne s'éloigne jamais beaucoup de son chirurgien ; car au moment où il s'y attend le moins, il peut se trouver dans l'impossibilité de passer la sonde, et éprouver les angoisses de la rétention d'urine, pendant laquelle il arrive souvent au col vésical de devenir assez irritable pour que le cathétérisme présente des difficultés, surtout à un praticien qui n'a pas une grande habitude de cette opération.

La même précaution est applicable aux cas, heureusement plus nombreux, dans lesquels, sous l'influence du traitement qui vient d'être indiqué, les malades recouvrent la faculté d'uriner naturellement et d'une manière complète. Il ne faut jamais les perdre de vue, et l'on ne saurait trop surveiller l'action de leur vessie. Je leur conseille de se sonder de loin en loin, immédiatement après avoir uriné : s'il sort encore une certaine quantité de liquide par l'instrument, c'est une preuve que la vessie ne se vide pas. Quelques injections d'eau fraîche, des lavemens et des bains froids suffisent alors pour ranimer la contractilité vésicale et assurer de nouveau la guérison pour un certain laps de temps. Si, au contraire, la sonde ne ramène pas d'urine, on conclut de là que l'organe continue de fonctionner régulièrement, et il n'y a rien à faire. Ces sortes d'expérimentations doivent être d'autant plus rapprochées, que la contractilité de la vessie est moins assurée, et le malade moins éloigné de l'époque du traitement. C'est tous les quinze jours, ou tous les mois, qu'on les réitère alors, tandis qu'il suffit de les répéter tous les six mois, ou même à de plus longs intervalles, quand la fonc-

tion de la vessie se rapproche le plus possible de l'état normal, et qu'elle est dans cet état depuis un certain laps de temps déjà. Enfin le sujet, surtout s'il a été vivement atteint, doit s'abstenir des voyages, qui lui feraient courir des dangers ; j'en ai vu plus d'un qui, n'ayant pas tenu compte de mes avis, s'est vu pris de rétention d'urine après avoir couru quelques postes.

On a reproché deux inconvéniens au mode de traitement qui me paraît mériter, à juste titre, la préférence : ce sont les douleurs que produit chaque introduction de la sonde, et la nécessité d'introduire souvent l'instrument.

Quant à la douleur, elle est généralement moins forte qu'on ne le croit, et d'ailleurs elle le cède toujours aux incommodités qui naissent du séjour permanent des sondes. La plupart des malades chez lesquels j'ai eu recours successivement aux deux modes de traitement, m'ont assuré que celui par les sondes à demeure était le plus pénible.

Pour ce qui est de la fréquence des introductions, il n'y a rien de fixe à cet égard. Tel malade qu'on vient de sonder peut rester six ou huit heures, même davantage, sans éprouver le moindre besoin, et en général, surtout au début, trois introductions par jour sont suffisantes. Dans quelques cas, les besoins sont plus rapprochés, et il peut alors devenir nécessaire de laisser une sonde en place. C'est ce qui arrive notamment lorsque le chirurgien n'est point à portée de renouveler l'opération aussi souvent que la nécessité de vider la vessie se reproduit. Mais, autant que possible, il ne faut prendre ce parti que le troisième ou le quatrième jour, époque à laquelle la présence continuelle de la sonde entraîne moins d'inconvéniens.

Il y a beaucoup d'autres cas dans lesquels l'usage de la sonde à demeure est parfaitement indiqué, du moins pendant un certain laps de temps, et c'est sans contredit le moyen le plus efficace. Je citerai à ce sujet quelques faits de ma pratique.

J'ai donné long-temps des soins à un octogénaire, d'une constitution bonne, quoique affaiblie par l'âge et par les troubles fonctionnels qu'il avait éprouvés du côté des voies urinaires, et à la suite desquels avait fini par survenir une rétention d'urine. Ce malade avait depuis quelque temps un dérangement notable des facultés intellectuelles, qui avait empêché de suivre exactement la marche de la maladie, dont le diagnostic ne fut établi qu'à une époque avancée. Lorsqu'on m'appela, la vessie avait perdu tout pouvoir expulsif. Je me hâtai de placer une sonde à demeure. Dès-lors, les symptômes se calmèrent, et l'état général s'améliora au point que le malade put se livrer à la promenade et aux travaux du jardinage, ce dont il était privé depuis long-temps. Il vécut ainsi deux années, dans un état de santé qu'on avait d'abord désespéré de lui voir recouvrer.

En 1828, j'ai été consulté par un prêtre anglais qui se croyait calculeux, parce qu'il éprouvait depuis long-temps des difficultés d'uriner. La vessie ne contenait pas de pierre, mais la prostate était légèrement tuméfiée, la contractilité vésicale ne suffisait pas pour faire sortir toute l'urine, et il s'était même déclaré plusieurs fois des rétentions incomplètes. Au moment où je vis le malade, la vessie était fortement distendue : j'en retirai deux pintes d'urine. Quelques heures après, il fallut de nouveau recourir à la sonde, qui, cette fois, fut laissée en place. Le traitement dura un mois, à l'expiration duquel l'urine coulait entre le canal et l'instrument. J'appris au malade à se sonder et à se faire des injections froides, dont il s'est très bien trouvé, car il a recouvré pleinement la faculté d'uriner sans efforts ni douleurs.

Dans les cas de ce genre, il y a quelques précautions à prendre, qu'on néglige trop généralement. La plus importante est de déterminer le point où il faut arrêter la sonde. Si l'on enfonce trop cette dernière, elle fatigue, irrite, enflamme, perfore même les parois vésicales. Si on ne la pousse pas

assez avant, le moindre mouvement du malade ou le relâchement des liens suffit pour que l'extrémité oculaire de l'instrument sorte du col de la vessie, et il faut recourir au chirurgien pour le réintroduire. Il y a deux manières de parer à cet inconvénient. L'une consiste à remarquer, pendant l'introduction de la sonde, le point où l'urine commence à couler, après quoi on enfonce encore l'instrument d'un pouce et demi, et on le fixe. L'autre méthode, plus facile, plus sûre, est celle à laquelle j'ai d'ordinaire recours : au moment où l'urine coule après qu'on a enlevé le mandrin, je retire la sonde jusqu'à ce qu'il ne sorte plus rien : c'est le moment où les yeux s'engagent dans le col ; la verge étant relâchée, on place deux doigts, ou mieux encore une ligature serrée, à deux pouces et demi du gland, on repousse la sonde jusqu'à ce que le point marqué soit à un pouce du méat urinaire, et on la fixe en ce point.

Lorsqu'on juge nécessaire de faire porter au malade une sonde à demeure, il faut observer avec soin ce qui se passe dans l'émission de l'urine. Souvent, au bout de quelques jours, le malade s'aperçoit d'un petit suintement entre le canal et la sonde, avant de déboucher celle-ci, et s'il ne se hâte pas de retirer le bouchon, le besoin devient impérieux, des gouttes d'urine s'écoulent. C'est un indice que la vessie reprend sa contractilité. L'usage est alors d'engager le malade à essayer, chaque fois qu'il se présente, d'uriner entre le canal et l'instrument, et il arrive souvent qu'en peu de jours tout le liquide sort ainsi. On apprécie sans peine l'utilité de ce procédé, qui exerce la contractilité de la vessie.

Personne n'ignore que la vessie se débarrasse plus difficilement de son contenu pendant la nuit que durant le jour, soit que la chaleur du lit et la position couchée influent à cet égard, soit que le malade ne se réveille pas à temps, et laisse le viscère se distendre. Il faut donc recommander au sujet de se couvrir peu, de séjourner au lit le moins long-temps

possible, et de continuer l'usage de la sonde pendant quelques nuits encore, jusqu'à ce que la guérison soit consolidée. On se borne alors à passer ou faire passer l'instrument tous les soirs. Il n'y a pas de moyen plus efficace pour éviter les rétentions consécutives.

Il faut surveiller attentivement ce qui se passe après qu'on a retiré la sonde. Souvent le malade qui urinait aisément entre elle et le canal, ne peut plus le faire quand on la lui a enlevée. C'est alors qu'il convient de changer de mode de traitement; on se borne à introduire l'instrument plusieurs fois par jour et à faire des injections. En négligeant d'agir de la sorte, on peut perdre tout le fruit d'un traitement qu'on croyait assuré. J'ai vu beaucoup de malades qui portaient depuis long-temps des sondes à demeure pour des paralysies de vessie réputées incurables : ils se sont très bien trouvés d'un changement dans le mode de les traiter, et de la substitution au port habituel de l'instrument du soin de les sonder seulement chaque fois qu'ils éprouvaient le besoin d'uriner.

Les auteurs ne s'accordent pas sur le nombre de fois qu'il convient de vider chaque jour la vessie, soit en introduisant la sonde, soit en la débouchant si elle reste à demeure. On ne peut rien fixer à cet égard. Ce sont la capacité de l'organe, le degré de la paralysie et les sensations du malade qui servent de guide. N'y a-t-il que paresse de la vessie, dès que le viscère est suffisamment rempli, le sujet éprouve le besoin d'uriner, et il faut que ce besoin soit à l'instant satisfait; si l'on y résistait, la vessie ne tarderait pas à se distendre outre mesure, ce qui entretiendrait indéfiniment l'atonie dont elle est frappée. S'agit-il d'une paralysie plus avancée, les besoins d'uriner manquent souvent, et le malade n'est averti de la nécessité de vider l'organe que par une sensation de gêne, de pesanteur, au périnée, à l'hypogastre, au sacrum, ou par le volume de la tumeur située au bas du ventre; différer jusque-là serait dépasser de beau-

coup les bornes prescrites par la prudence, puisqu'il faut éviter avec soin la surdistension, surtout prolongée, de la vessie. Ainsi, dans ce cas, sans attendre que le malade en témoigne le désir, on videra l'organe trois ou quatre fois au moins par jour.

C'est avec raison que Chopart ne veut pas qu'on laisse la sonde débouchée, quand on l'établit à demeure. Indépendamment de l'irritation, de la douleur, de l'inflammation et même des ulcérations qu'elle peut déterminer, la sonde débouchée s'obstrue avec plus de facilité, et la sortie continuelle de l'urine est un assujettissement pénible pour le malade. Ajoutons qu'on perd ainsi tous les avantages de la dilatation et de la contraction de la vessie, qui se trouve placée de la sorte dans un état contre nature. Or, Chopart, Desault, Sœmmering, etc., ont insisté avec raison sur les avantages qui résultent de ces alternatives d'extension légère et de relâchement, dont l'effet sur la vessie est le même que celui d'un exercice modéré sur tous les autres muscles du corps.

Quand la vessie a perdu toute faculté contractile, l'urine ne sort plus en totalité par la sonde, principalement lorsque le sujet est couché. Trye a proposé de pomper alors le liquide au moyen d'une seringue. Mais il suffit d'exercer une légère pression sur l'hypogastre et d'engager le sujet à pousser, ou mieux de le faire tenir debout. D'ailleurs le procédé de Trye est fatigant, et il ne réussit jamais d'une manière complète, comme le prouvent les nombreuses expériences qui ont été tentées pour retirer ainsi des caillots de sang de la vessie.

Il y a des besoins, qu'on pourrait appeler faux, auxquels le malade doit résister jusqu'à un certain point, à moins qu'ils n'occasionnent du malaise ou une véritable douleur. Ces faux besoins sont faciles à distinguer des besoins réels, tant par l'exploration de l'hypogastre, qui indique si la vessie forme ou non tumeur, que par l'introduction de la sonde, qui

apprend combien elle renferme d'urine. Dès qu'on est parvenu à les constater, ce n'est pas sur la sonde qu'il faut compter pour y mettre fin, mais sur les bains prolongés, les applications émollientes, les saignées locales, les boissons copieuses, et surtout les quarts de lavement opiacés ou les suppositoires de même nature. Ces cas, qui rentrent dans la catégorie des névralgies du col vésical, sont heureusement assez rares, car ils embarrassent quelquefois le praticien, même exercé.

L'excrétion de l'urine présente de nombreuses variétés, dont généralement on ne tient pas compte en santé, mais qui, dans l'état de maladie, fixent davantage l'attention. Il est rare qu'on les puisse expliquer. Ainsi, par exemple, on ne sait pas à quoi il tient qu'un malade urine toutes les dix minutes ou tous les quarts d'heure, pendant la nuit, tandis que, dans la journée, il reste des heures entières sans en sentir le besoin. C'est cependant une particularité qui se présente à chaque instant chez les calculeux, dans les névralgies du col vésical, et chez quelques sujets atteints de lésions prostatiques ou d'atonie de la vessie. J'ai été appelé auprès d'un homme qui, depuis quatre mois, éprouvait, aussitôt qu'il était au lit, des besoins irrésistibles d'uriner toutes les demi-heures; à minuit, le calme se rétablissait, et il pouvait s'endormir; durant le jour, il restait trois à quatre heures sans uriner; du reste, point de souffrances, santé satisfaisante et urine naturelle : je m'assurai que l'urètre était très irritable et la prostate légèrement tuméfiée. Ces irrégularités dans l'excrétion de l'urine peuvent exister aussi sans lésion organique appréciable. Je n'ai pas remarqué qu'elles entraînassent de suites graves, et souvent même elles cessent sans qu'on ait tenté contre elles l'emploi d'aucun moyen curatif. Mais on les rencontre assez fréquemment chez les hommes attaqués de paralysie incomplète de la vessie. Un malade dont l'excrétion de l'urine a été troublée

pendant long-temps, y est même plus exposé que tout autre, aussitôt qu'on a mis la vessie en état de se débarrasser aisément de son contenu.

Ainsi, que le sujet ait porté une sonde à demeure, ou qu'il soit sondé chaque fois que le besoin d'uriner se fait sentir, rien n'est plus variable que la quantité d'urine rendue dans un temps donné, et que la fréquence des besoins de l'expulser. On ne conçoit pas que de véritables praticiens aient cherché à établir des règles au sujet d'une fonction et d'un traitement qui changent pour ainsi dire dans chaque cas particulier, à chaque période de la maladie chez le même sujet, et par l'effet d'influences insaisissables. Tout ce qu'il importe de savoir, c'est que les différences les plus nombreuses peuvent se présenter sans que le malade soit placé pour cela dans une situation exceptionnelle, et que les besoins d'uriner qu'il éprouve ne sont pas toujours la preuve que sa vessie contienne plus d'urine qu'elle n'en peut renfermer sans éprouver une véritable distension.

Ce n'est pas seulement par l'emploi de la sonde qu'on parvient à faire cesser l'atonie de la vessie et la stagnation de l'urine. Il y a d'autres moyens dont l'expérience a prouvé l'utilité et sur lesquels il ne sera pas inutile de présenter quelques remarques.

Les injections étaient conseillées jadis contre l'atonie, la paralysie de la vessie ; mais on n'avait pas apprécié tous les avantages qui peuvent être retirés de leur emploi. Quelques-uns ne les croyaient propres qu'à nettoyer la vessie dans le cas où il s'y serait amassé des matières muqueuses ou purulentes, et naguère même la plupart n'en parlaient qu'avec réserve et timidité. Ce n'est que depuis l'introduction de la lithotritie dans l'art chirurgical que l'opinion s'est définitivement formée à leur égard. Quoiqu'il ne manque pas encore de praticiens qui sont restés fidèles aux anciens préjugés, la majorité demeure convaincue aujourd'hui que les injections

sont un des moyens les plus efficaces pour combattre l'atonie de la vessie, et prévenir les suites fâcheuses qu'elle peut entraîner en se prolongeant. On a renoncé à celles de nature tonique, irritante ou astringente, judicieusement proscrites déjà par Chopart; mais celles d'eau simple, à une basse température, occupent un rang distingué parmi les agens de la thérapeutique actuelle, et une longue expérience m'a démontré qu'elles en sont réellement dignes. Voici comment je procède à leur application..

Lorsque la vessie n'a pas repris l'exercice de sa fonction après quelques jours d'usage de la sonde laissée à demeure ou introduite à chaque besoin, et que le passage de l'instrument a cessé de produire de l'irritation dans l'urètre et au col vésical, je commence les injections, d'abord avec de l'eau tiède. Je les fais, avec une seringue chargée d'avance, immédiatement après que l'urine a cessé de couler. On pousse le liquide avec lenteur, et l'on s'arrête si le besoin d'uriner se manifeste, ce qui n'a pas lieu d'ordinaire. La quantité d'eau à introduire varie d'un verre à trois. L'injection terminée, on laisse sortir le liquide, et on retire la sonde. L'eau coule parfois trouble et bourbeuse, d'où l'on conclut qu'un dépôt s'était déjà formé dans la vessie. De jour en jour, on abaisse la température du liquide, jusqu'à ce qu'elle soit arrivée à quinze degrés; on peut même descendre jusqu'à zéro, si le cas est opiniâtre et la sensibilité très émoussée. Dès que le malade supporte le contact de l'eau sans douleur, on fait deux et même trois injections coup sur coup, en rechargeant la seringue pendant que l'eau de la première s'écoule. Presque toujours alors le besoin d'uriner est provoqué au point que le malade ne peut pas recevoir la totalité de la seringue, et il se manifeste d'autant plus promptement que l'atonie est moins prononcée, ou la guérison plus avancée. La gravité de la paralysie et la marche de la guérison déterminent donc la durée de l'emploi des injec-

tions. Dans quelques cas peu avancés, il suffit d'en faire une ou deux par jour, et de les continuer pendant une à deux semaines. Dès les premiers jours, le malade commence à uriner avec plus de facilité, et le mieux va en croissant. Dans les cas les plus ordinaires, on persiste pendant quinze jours à un mois, en ayant soin, vers la fin du traitement, de ne faire qu'une injection à chaque fois, et de ne la répéter que tous les deux ou même tous les trois jours, en raison des effets qu'on obtient.

Si le besoin d'uriner ne se manifeste pas, c'est un indice défavorable : la paralysie sera très opiniâtre. Il convient alors de recourir aux irrigations à jet continu, par le moyen d'une sonde à double courant. Un vase quelconque, muni d'un robinet vers le fond, et d'une contenance de dix à vingt litres d'eau, est rempli de liquide à la température ordinaire. On le place à trois ou quatre mètres de hauteur. Un autre robinet est adapté à un tuyau de quatre à huit lignes de diamètre, fixé au robinet supérieur et assez long pour atteindre l'endroit où le malade sera placé. Celui-ci se couche sur le dos. On introduit la sonde, et on laisse couler l'urine, on ouvre le robinet du tuyau conducteur, pour que l'eau puisse arriver jusqu'à lui, et chasser la colonne d'air qui y était contenu, on ferme le robinet, et on adapte ensuite le tuyau conducteur à une des branches qui terminent extérieurement cette sonde ; l'on fixe à la seconde branche un autre tuyau destiné à conduire dans un vase le liquide qui sortira de la vessie. On ouvre alors le robinet, qui sert à régler la grosseur du jet, et à graduer la force d'impulsion, laquelle est déterminée en outre par la hauteur à laquelle se trouve le point de départ de la colonne liquide. La quantité d'eau à faire passer dans la vessie varie de deux à trente litres. On peut en introduire davantage vers le milieu du traitement, et lorsque la vessie a perdu beaucoup de sa sensibilité ; mais, dans les commencemens, il faut s'arrêter, ou du moins suspendre,

quand le malade accuse de la douleur, sinon l'on s'exposerait à provoquer une réaction assez forte pour ébranler la santé générale. On répète ordinairement ces irrigations tous les deux jours. Leur nombre dépend des résultats obtenus. Lorsque le traitement se prolonge, que la contractilité de la vessie ne se rétablit pas, malgré l'abaissement de la température du liquide et la grande quantité d'eau qu'on fait passer dans le viscère, il convient de suspendre les irrigations pendant quelques jours, pour les reprendre ensuite. Dans les traitemens très longs, ces suspensions doivent être répétées plusieurs fois; mais toujours, au moment de la reprise, il est nécessaire de commencer par de l'eau moins froide, et d'en injecter moins qu'on n'en introduisait au moment où l'on a cessé.

Dans les cas graves ou opiniâtres, aux irrigations vésicales, on associe les lavemens froids et les irrigations dans le rectum. Le même appareil suffit, à l'exception de la sonde, qui doit être plus grosse. Je me suis souvent trouvé très bien de cette combinaison. Cependant comme, en général, les irrigations du rectum sont moins facilement supportées que celles de la vessie, il faut agir avec précaution et s'arrêter quand le malade éprouve de la fatigue.

Il est un moyen qu'on trouve souvent indiqué, et dont j'ai retiré de grands avantages. C'est la douche tantôt sulfureuse et à une haute température, de trente à quarante degrés Réaumur, tantôt simple et à basse température. Celle-ci convient surtout lorsque le sujet est fort et robuste. Mais il faut que rien, dans la santé, ne s'oppose à son emploi. On la dirige sur l'hypogastre, le périnée, l'épine dorsale, le sacrum. Chaque douche dure dix à vingt minutes. On répète l'opération tous les deux ou trois jours, et l'on continue jusqu'à ce que la guérison soit consolidée. En même temps que les douches froides, on emploie aussi quelquefois les douches ascendantes. Ces dernières sont d'autant mieux indiquées que

l'atonie de la vessie se complique presque toujours d'une constipation plus ou moins opiniâtre. Si, au contraire, il existe en même temps, une affection cutanée, les douches chaudes, telles que celles de Barèges et de Plombières, seules ou combinées ensemble, sont particulièrement indiquées. J'en ai obtenu d'excellens résultats dans des circonstances où tous les autres moyens avaient échoué, chez des sujets qui, indépendamment d'une atonie opiniâtre de la vessie, étaient affectés de dartres anciennes, au sacrum, au périnée, à la partie interne des cuisses. Ici, il convient même souvent d'associer un traitement général aux moyens purement locaux.

On a employé et quelques praticiens vantent beaucoup les vésicatoires, le moxa, les cautères, même le séton, contre l'atonie de la vessie. Divers faits pratiques sont allégués pour établir l'efficacité de ces moyens. Je ne doute pas qu'on ne puisse en retirer de bons effets quand l'atonie vésicale est liée à une lésion de la moelle épinière, ou coïncide avec une maladie cutanée. Mais ce ne sont là que des cas exceptionnels, et d'ailleurs il faut toujours, avant de recourir aux dérivatifs, modifier la vitalité des organes urinaires par les traitemens locaux que je viens d'indiquer.

Les diurétiques, les balsamiques, les cantharides à l'extérieur et même à l'intérieur, ont été recommandés aussi. Ces remèdes, comme dit fort bien Chopart, sont rarement utiles, et nuisent quelquefois. On peut en dire autant de l'arnica, des frictions avec les linimens volatils, simples ou camphrés, des huiles aromatiques, du baume de vie d'Hoffmann, de l'onguent mercuriel, des bains gélatineux, du genièvre, de l'essence de térébenthine, du baume de Copahu, et d'une foule d'autres moyens sans portée réelle, auxquels de fausses interprétations ou d'heureuses coïncidences ont de temps à autre procuré une espèce de vogue momentanée. Ils peuvent quelquefois trouver d'utiles appli-

cations, mais seulement comme traitement accessoire.

On ne saurait rien préciser quant à la durée du traitement. Elle varie pour ainsi dire, à chaque cas. Les faits que j'ai cités, soit dans le cours de ce chapitre, soit en parlant des névralgies de l'urètre et du col vésical, prouvent qu'il peut suffire de vider la vessie accidentellement surdistendue, pour que l'urine reprenne ensuite son cours naturel. Lorsque l'atonie du viscère s'est déclarée d'une manière lente, et qu'elle s'est accrue par degrés, jusqu'au point d'amener la rétention d'urine, si cette dernière n'offre pas de complications graves, et si le sujet n'est point épuisé, huit à quarante jours suffisent le plus communément pour rétablir la contractilité vésicale. Mais il n'est pas rare que le traitement dure bien plus long-temps; il a exigé plusieurs mois chez quelques-uns de mes malades. Nous verrons plus loin que, dans certains cas où l'on avait jugé la paralysie incurable, elle l'était si peu que les sujets ont fini par recouvrer le libre exercice de la fonction vésicale au moment où l'on s'y attendait le moins. Heberden parle d'un homme qui fut obligé de se servir d'une sonde pendant deux années consécutives, et dont tout-à-coup la vessie recouvra sa contractilité. J'ai vu des cas analogues. Cest donc à tort que quelques auteurs, Sabatier entre autres, ont dit que quand la paralysie de la vessie a duré plus de deux ou trois mois, elle est totalement incurable. Cette assertion est beaucoup trop explicite. D'abord, la paralysie peut dépendre de causes dont la destruction exige un plus long espace de temps. Ensuite il lui arrive parfois, alors qu'on n'aperçoit aucune cause spéciale capable de la produire, de se dissiper peu-à-peu, après six, huit, dix ou douze mois de traitement. Enfin, je l'ai vue, même dans des circonstances où elle se rattachait évidemment à une lésion chronique de la moelle épinière, cesser en partie et le malade recouvrer la faculté d'uriner, sinon en toute liberté, du moins sans le secours de la sonde.

Le traitement que je viens d'exposer, et dont une foule de faits m'ont démontré l'utilité, ne produit pas toujours un effet aussi durable qu'on pourrait le désirer. Trop souvent la cause continue d'agir, soit qu'on l'ait méconnue, soit qu'on n'ait pu la détruire complètement. Dès-lors les phénomènes morbides persistent à un certain degré ou ne manquent pas de se reproduire à une époque plus ou moins éloignée. On voit même quelquefois la maladie reparaître dans des cas qui avaient semblé peu graves. Chez un homme qui s'est présenté à Necker, en juillet 1833, la paralysie de la vessie n'était pas très avancée, et à peine y avait-il des traces de catarrhe. Quelques injections suffirent pour ranimer la contractilité de l'organe ; mais le malade ayant négligé les précautions qui lui avaient été indiquées, il fut repris de difficultés d'uriner et obligé de rentrer à l'hôpital en décembre de la même année. A la vérité, il était presque épuisé, par suite d'une vive irritation pulmonaire. Or, on a remarqué, dans la plupart des lésions vésicales, que quand, après le traitement, une autre partie du corps venait à être frappée de maladie, la vessie, vers l'époque à laquelle celle-ci se termine, menace de retomber dans son premier état. Cette rechute n'est pas rare chez les sujets atteints d'atonie vésicale ; mais c'est surtout dans le catarrhe vésical qu'elle exerce une grande influence, comme j'aurai occasion de le faire voir.

Troisième degré. — Chez plusieurs malades, ceux surtout qui présentent des complications graves et inaccessibles à l'art, la paralysie de la vessie persiste malgré tout ce qu'on tente contre elle. Divers cas peuvent se présenter ici.

Quelquefois la paralysie incomplète de la vessie persévère pendant longues années sans être suivie de rétention d'urine, ni accompagnée de symptômes assez intenses pour que le sujet sente la nécessité de se soumettre à un traitement régulier. Il continue de vivre en souffrant, en urinant

tant bien que mal, fréquemment, avec effort et douleur; mais il dépérit, ses forces baissent, et son état devient incurable. J'ai vu un grand nombre de malades qui avaient été réduits par cette temporisation à un tel épuisement que la moindre secousse suffisait pour aggraver leur situation et abréger leurs jours. Chez eux, le traitement qu'on prescrit n'amène aucun résultat, pas même la moindre réaction, et la mort a lieu au bout de quelques jours.

En général, quand le malade a résisté pendant très long-temps aux difficultés d'uriner qui résultent de l'atonie de la vessie, le viscère s'affaiblit de plus en plus, et perd entièrement la faculté de se contracter. Il se déclare alors une rétention d'urine; mais tantôt cette rétention est accidentelle, brusque, temporaire, comme dans les cas précédens, où il est ordinairement assez facile d'y remédier; tantôt, au contraire, elle est lente et progressive, comme dans ceux dont je vais parler, et où le malade recouvre rarement la faculté d'uriner sans le secours de la sonde. Cette incurabilité de la paralysie de vessie peut aussi résulter de lésions organiques. De là des distinctions importantes à établir.

Un septuagénaire, qui éprouvait depuis long-temps des difficultés d'uriner, eut une rétention d'urine pour laquelle je fus appelé. Je le trouvai dans un état fort alarmant, avec fièvre, délire et perte de connaissance; le ventre était fortement distendu. Je retirai environ quatre pintes d'urine bourbeuse, sanguinolente et fétide. Les douleurs cessèrent, mais l'état général ne s'amenda point, la faiblesse alla toujours croissant, et le malade s'éteignit le cinquième jour, sans nulle réaction du côté de la vessie.

La mort n'a pas toujours lieu aussi promptement. Un homme, âgé de quatre-vingt-neuf ans, fut atteint d'une rétention d'urine que des difficultés considérables d'uriner avaient précédée pendant plusieurs années, et qui s'était déclarée à la suite d'une

phlegmasie pulmonaire chronique. Le rétablissement de l'excrétion urinaire procura une amélioration inespérée, qui ne permit pas de méconnaître l'influence que la distension de la vessie avait exercée sur la production des phénomènes morbides. Cette amélioration, résultat du séjour de la sonde et des injections qu'on eut soin de faire, se maintint pendant plusieurs mois que le malade vécut encore, presque sans souffrir; mais l'épuisement des forces persista, fit même des progrès incessans, et amena enfin la mort.

Dans quelques cas moins avancés, le terminaison funeste se fait attendre plus long-temps encore; mais le praticien est réduit au triste rôle de spectateur. C'est surtout quand l'irritabilité excessive du col de la vessie, jointe à une grande sensibilité générale, écarte jusqu'à un certain point l'emploi des moyens par lesquels on pourrait aider le viscère à se débarrasser de son contenu. Un vieillard se plaignait depuis longues années de douleurs dans les organes génito-urinaires, notamment à l'instant de l'excrétion de l'urine. Après avoir essayé en vain une foule de médicamens internes, il se crut atteint de la pierre et m'appela. Je reconnus sans peine qu'il n'y avait pas de calcul, et que l'atonie de la vessie était la principale cause de tous les désordres. Le malade avait, en outre, une constipation opiniâtre, il était d'une extrême susceptibilité, et son urètre était fort irritable. Cette irritation générale et locale persista malgré tout ce que je pus faire pour l'apaiser, et la douleur, causée par le passage de la sonde dans le canal, empêcha les injections de produire l'effet qu'on attendait d'elles. Le malade survécut encore quelque temps, et finit par succomber.

On ne saurait se figurer quel embarras le praticien éprouve dans ces sortes de cas, qui sont très communs, malgré le silence presque absolu des auteurs à leur égard. Il a sous les yeux un malheureux, tourmenté par les angoisses à chaque instant renouvelées de la difficulté d'uriner, par

l'appréhension continuelle d'une rétention d'urine, et dont les souffrances ne peuvent être momentanément soulagées que par une opération qui l'effraie, parce qu'elle devient à chaque instant de plus en plus douloureuse. On essaie bien de placer une petite sonde à demeure ; mais le plus souvent elle ne peut être supportée, et le malade l'arrache lui-même, quand on ne se hâte de l'enlever ; si cependant on finit par obtenir qu'elle reste en place pendant deux ou trois jours, on en retire quelquefois un effet utile, malgré l'agacement et les douleurs qu'elle détermine. Tantôt l'urètre supporte mieux ensuite l'introduction de l'instrument, à chaque fois que le besoin d'uriner se fait sentir, et tantôt même il s'accoutume peu-à-peu au contact permanent de ce corps étranger. C'est dans ces cas rebelles d'irritabilité urétrale qu'il faut recourir aux opiacés, y eût-il même des contre-indications à leur emploi. J'ai souvent eu recours à la jusquiame, à la morelle, à la belladone ; mais presque jamais je ne m'en suis trouvé aussi bien que des suppositoires ou des petits lavemens opiacés, des bains, des applications émollientes et sédatives, des lavemens, des boissons abondantes, d'un régime doux, en un mot de tout ce qui peut contribuer à amortir la sensibilité et à ramener le calme ; bien entendu qu'il faut avoir égard et aux idiosyncrasies, et aux diverses particularités qui se rattachent à chaque série de causes.

Ainsi, dans ces cas graves, deux circonstances différentes peuvent se présenter. Tantôt le malade s'éteint par suite d'un anéantissement progressif, et sans qu'il y ait la moindre réaction naturelle ou provoquée ; tantôt, au contraire, vers la dernière période de la maladie, on observe un changement total dans l'état du sujet. La vessie, qui paraissait avoir perdu sa vitalité, devient tellement sensible, souvent sans cause appréciable, qu'elle ne peut souffrir la présencede l'urine. La sonde, que le malade supportait sans la moindre douleur, ou qu'on introduisait avec facilité et sans produire de sensation

pénible, ne peut être ni introduite ni supportée, car elle cause de vives angoisses.

Dans quelques cas dont je vais m'occuper, la paralysie est la conséquence d'une lésion profonde du cerveau, de la moelle épinière, ou elle apparaît sur la fin d'une fièvre grave. Il faut d'abord s'occuper de l'état de la vessie, et empêcher que l'urine s'y accumule en trop grande quantité. On a pour cela deux moyens : l'introduction répétée de la sonde et la sonde à demeure : le choix est déterminé par les circonstances.

Quand le sujet survit à la maladie principale, la paralysie de vessie peut être incurable, ou, si elle cesse, ce n'est ordinairement qu'après un long laps de temps et par l'emploi successif des divers moyens que j'ai passés en revue. Dans ces cas, et quelques autres analogues, la vessie semble s'être habituée au séjour de la sonde : on dirait qu'elle ne sait plus fonctionner d'elle-même et qu'elle attend que l'art vienne la délivrer du liquide qui s'y amasse. Chez plusieurs des malades auxquels j'ai donné des soins, cette atonie ou paralysie de la vessie faisait un contraste frappant avec l'état général du sujet, qui avait recouvré ses forces et son embonpoint, qui paraissait même jouir de beaucoup d'énergie dans l'exercice des autres fonctions. L'opiniâtreté de la paralysie vésicale paraît d'autant plus singulière qu'on ne découvre souvent rien qui puisse en rendre raison.

II. *Stagnation de l'urine dans les cas compliqués.*

Les moyens que je viens d'indiquer, et dont l'expérience a prouvé l'utilité, ne suffisent pas toujours pour obtenir la guérison, même quand la maladie paraît peu avancée. Dans une longue série de circonstances spéciales et complexes, dont il me reste à parler, on est obligé d'en modifier diversement l'application. D'ailleurs, ces cas ont encore cela de particulier que le diagnostic y devient souvent difficile et plus ou moins incertain : car il s'agit ici de

déterminer l'existence, la nature et la gravité de la complication, connaissances auxquelles on ne parvient fréquemment qu'après des recherches multipliées et par des tâtonnemens dans l'emploi des moyens curatifs.

Les observations que j'ai présentées dans le premier volume mettent hors de doute ce qu'il était déjà facile de prévoir d'après la théorie, savoir que les névralgies, les spasmes, les rétrécissemens de l'urètre, et tous les autres obstacles à la libre expulsion de l'urine exercent une grande influence sur la production de l'atonie, de la faiblesse, de la paralysie de la vessie. Ces divers états morbides peuvent aussi ne constituer qu'une simple complication de l'atonie vésicale, c'est-à-dire être insuffisans pour déterminer la paresse de vessie s'il n'existait pas déjà une prédisposition marquée à cette dernière affection. Mais, qu'ils jouent le rôle de cause, ou qu'ils ne soient qu'une simple coïncidence, ils n'en méritent pas moins une sérieuse attention.

1. Rétrécissemens et autres états morbides de l'urètre.

Parmi les complications de l'atonie de la vessie, les plus insidieuses sont les états nerveux peu développés, les rétrécissemens de l'urètre et la perte plus ou moins complète de l'élasticité, de la souplesse des parois urétrales. Ce qui rend surtout les rétrécissemens commençans, graves, c'est que l'habitude acquise d'employer, pour l'exploration de la vessie, des sondes qui ne remplissent pas la capacité du canal, fait qu'en général on n'y songe même pas. En effet, une sonde ordinaire passe aussi bien dans un urètre légèrement rétréci que dans celui qui est libre : pourvu que le point rétréci conserve encore un calibre supérieur au diamètre de la sonde, celle-ci le franchit sans nulle difficulté ; cependant l'état de raideur et d'induration dans lequel se trouvent alors les parois urétrales, suffit pour rendre l'excrétion de l'urine pénible et laborieuse, surtout quand la

vessie est faible, paresseuse. J'ai cité plusieurs faits attestant que, non-seulement la stagnation de l'urine, mais encore un assez grand nombre de catarrhes vésicaux, ne reconnaissent pas d'autre cause, en sorte qu'il n'y a qu'à faire disparaître cette dernière, pour rétablir aussitôt l'équilibre et, par suite, la santé.

Je viens de donner des soins à un malade qui avait déjà été traité deux fois pour une névralgie du col vésical, avec atonie de la vessie. La plus grosse bougie dont je me fusse servi était du n° 10; elle pénétrait sans difficulté, et sans rapporter d'empreinte. Tout en recherchant quelles pouvaient être les causes de cette double récidive, dans un cas où rien ne semblait devoir la faire craindre, je m'avisai de sonder avec une bougie n° 11. Cet instrument ramena l'empreinte d'un léger rétrécissement au-dessous de l'arcade pubienne. Eclairé dès-lors, je détruisis la coarctation au moyen de la dilatation temporaire, et tous les accidens disparurent. Ce qui m'avait détourné d'abord de soupçonner un rétrécissement commençant, c'est que, depuis long-temps, il n'y avait aucune trace d'écoulement, que les érections avaient lieu comme dans l'état normal, et que les dernières urétrites contractées par le malade remontaient à une époque fort ancienne.

Je ne multiplierai pas les preuves, car le fait est patent et à l'abri de toute contestation. Seulement j'insiste sur la nécessité que l'attention du praticien soit éveillée à cet égard, et d'autant plus que les malades se font souvent eux-mêmes illusion, ce dont je citerai l'exemple suivant.

Un médecin plus que sexagénaire, d'une constitution faible, avait remarqué depuis long-temps que sa vessie se vidait mal, malgré les besoins fréquens qu'il éprouvait et les efforts auxquels il se livrait. Mais il ne s'occupa sérieusement de son état que quand la maladie eut fait d'assez grands progrès pour porter atteinte à la santé générale. Il croyait avoir un

rétrécissement. Je trouvai, en effet, l'urètre rétréci d'une manière sensible à l'arcade pubienne. Cependant la cause principale des désordres me parut être ailleurs. La vessie était dans un état voisin de la paralysie, et au moment où je fus appelé, elle formait une tumeur considérable au-dessus des pubis. J'employai d'abord les bougies molles, et dès que la sensibilité de l'urètre fut assez émoussée pour en rendre le passage peu douloureux, j'eus recours aux sondes à demeure, dans le double but de dilater l'urètre et de stimuler la contractilité de la vessie. La première indication fut parfaitement remplie ; mais la vessie n'a point encore recouvré sa puissance, malgré les sondes, les injections, les douches, etc. ; le malade est obligé de se sonder plusieurs fois par jour.

Il ne sera pas inutile de faire connaître la circonstance qui a le plus contribué à fixer mon attention sur l'influence que les rétrécissemens peu développés de l'urètre exercent dans l'atonie vésicale. J'ai eu à traiter plusieurs sujets affectés d'atonie opiniâtre de la vessie. Après avoir employé divers moyens sans succès, je me suis trouvé conduit à rechercher s'il n'existait pas dans l'urètre ou la vessie quelque état morbide propre à entretenir les accidens. Mais l'introduction d'une grosse bougie, n° 10 ou 11, était rendue impossible par une bride au méat urinaire. J'ai détruit cette bride dans l'unique but de pouvoir plus tard faire passer la bougie ou un instrument explorateur, sans que le malade souffrît. Quelle n'a pas été ma surprise, au bout de quelques jours, de voir disparaître, par cela seulement, tous les symptômes d'atonie de la vessie et de stagnation de l'urine ! En se multipliant, les faits de ce genre m'ont mis à même d'apprécier la portée d'une cause que l'on méconnaît si souvent, et depuis lors j'ai guéri un assez grand nombre de paresses de vessie par le simple débridement du méat urinaire.

Or, il sautait aux yeux que le phénomène constaté, en ce qui concerne l'orifice externe du canal, devait se produire également dans les parties profondes de celui-ci, soit qu'il fût rétréci d'une manière sensible, soit que ses parois eussent seulement perdu de leur souplesse, de leur élasticité. C'est, en effet, ce que l'expérience m'a prouvé d'une manière en quelque sorte surabondante. Aussi, toutes les fois que je rencontre une paresse de vessie rebelle aux moyens énumérés plus haut, avant même de rechercher si la cause de cette opiniâtreté réside dans la vessie ou dans d'autres parties du corps, je m'attache à acquérir une idée nette de l'état des parois urétrales.

Le procédé est fort simple. Il consiste à introduire une bougie molle, de trois lignes de diamètre, dimension normale de l'urètre chez l'homme. S'il y a un rétrécissement commençant, la bougie pénètre avec peine, et, après deux ou trois minutes de séjour, elle rapporte une empreinte, qui fait connaître la situation, l'étendue, l'épaisseur du point rétréci. Si, au lieu de rétrécissement, il y a perte de souplesse des parois urétrales, les difficultés de l'introduction sont les mêmes, quelquefois plus grandes, mais la bougie ne rapporte pas l'empreinte d'un étranglement plus ou moins circulaire ; quelquefois seulement elle est aplatie, déjetée, comprimée dans une certaine étendue. Ces indices font connaître que la partie correspondante du canal n'est point dans l'état normal. Il est bien entendu qu'on ne confondra pas les déformations dont il s'agit avec celles qui pourraient résulter d'un vice dans le mode d'introduction, et que j'ai fait connaître ailleurs ; car je dois supposer ici qu'on a procédé régulièrement, et que la bougie a pénétré dans la vessie.

L'introduction des grosses bougies fait quelquefois éprouver des douleurs au malade. Il faut alors s'y prendre d'une autre manière. On commence par une bougie de deux lignes. Lorsqu'elle passe aisément, après deux ou trois introduc-

tions, on en prend une plus grosse, en suivant la marche que j'ai déjà tracée, et l'on parvient ainsi à faire pénétrer, sans causer de souffrances au malade, une bougie qui remplisse exactement le canal, et qui rapporte les impressions que ne manquent pas de laisser sur la cire les états morbides dont je viens de parler.

Lorsqu'il existe une induration fort étendue des parois urétrales, il ne se produit pas d'empreinte. Mais on est averti de cet état par l'effort qu'il faut faire pour introduire les grosses bougies. Le canal offre alors une résistance insolite, dans une grande partie de son étendue. Cependant cette résistance est peu ou point douloureuse, et dès qu'on veut retirer la bougie, après deux ou trois minutes de séjour, on est tout surpris de voir qu'elle n'est point retenue, qu'elle sort très librement, sans déformation notable, d'où l'on conclut d'ailleurs aussi qu'elle a pénétré dans la vessie au lieu de butter contre les parois urétrales, ce qui pourrait induire en erreur un praticien peu expérimenté, eu égard à la nature de l'obstacle. On dirait que les parois urétrales, une fois écartées, restent plus ou moins long-temps en cet état, et ne reviennent que lentement sur elles-mêmes.

Dans ces divers cas, dès qu'on est parvenu à reconnaître l'état morbide de l'urètre qui apporte un certain obstacle au passage de l'urine et contribue de la sorte à rendre l'action de la vessie pénible, fatigante, la conduite du praticien se simplifie. Son premier soin doit être de rétablir l'urètre dans les conditions normales, par l'emploi des divers moyens que j'ai indiqués ailleurs. Je répète que ces cas sont fort nombreux et varient à l'infini. C'est ici que se rapportent ceux dans lesquels le canal a été meurtri, contus, tiraillé, etc.

Lorsque les rétrécissemens de l'urètre sont plus avancés, le diagnostic n'offre pas les mêmes difficultés. En effet, il est rare, dans cette circonstance, que l'on voie commettre les méprises qui sont si communes dans les cas précédens.

Assez fréquemment alors il y a de l'avantage à traiter le rétrécissement par l'usage des sondes à demeure, qui stimulent la vessie, en même temps qu'elles opèrent la dilatation du point rétréci du canal. Les faits que j'ai cités dans le premier volume prouvent que beaucoup de malades ont été traités ainsi avec succès, en ayant soin toutefois, au début du traitement, de recourir à l'emploi des bougies molles, pour disposer l'urètre à supporter sans inconvénient la présence continue de la sonde, et aussi, vers la fin du traitement, de n'employer que la dilatation temporaire, combinée avec les injections d'eau froide dans la vessie.

Lorsque le malade n'est pas à portée de recevoir en temps utile et aussi souvent qu'il le faudrait la visite du chirurgien, ce mode, par les sondes à demeure, offre des avantages incontestables, et l'on doit y recourir autant que les circonstances le permettent, toujours en prenant les précautions dont j'ai fait un précepte ; car, aussi long-temps que le canal est rétreci, la vessie ne possédant pas assez de force pour chasser l'urine, il en résulte des contractions inutiles, qui ne font qu'accroître l'état morbide du viscère, en même temps qu'elles exercent sur la santé des influences fâcheuses, qui retardent la guérison, si même elles ne la compromettent. Mais, dans les circonstances où le rétrécissement urétral est peu dur, lorsqu'on est en position de voir le malade aussi souvent que son état l'exige, c'est par la dilatation temporaire qu'il est préférable de détruire le rétrécissement, soit en employant les bougies molles, s'il n'est pas nécessaire d'aider la vessie à se débarrasser de son contenu, soit en ayant recours aux sondes, s'il est nécessaire de vider la vessie et de faire en même temps des injections. La guérison qu'on obtient par cette méthode est aussi prompte et plus durable que lorsqu'on a employé les sondes à demeure.

2. Lésions de la prostate.

De toutes les complications qu'on peut rencontrer chez les malades affectés d'atonie de la vessie, il n'en est pas de plus fréquentes, de plus graves et de plus embarrassantes, que les lésions de la prostate. Les observations relatées dans le volume précédent, ont mis à même de faire ressortir les obstacles que ces lésions apportent à l'excrétion de l'urine. Par conséquent, elles prédisposent à la paralysie de la vessie, et le traitement est alors semé de difficultés de tous genres, d'autant plus grandes qu'on est souvent exposé à confondre la stagnation avec la rétention d'urine proprement dite. Les obstacles que la tumeur prostatique oppose à l'emploi des moyens explorateurs, aussi bien que les variations dans l'émission de l'urine, deviennent une source d'incertitudes pour le diagnostic. J'ajouterai ici quelques remarques à celles que j'ai déjà présentées; car de graves auteurs ont passé le sujet sous silence, et les difficultés de la position se trouvent considérablement accrues par l'incurie des malades et les illusions dont ils se bercent.

Sous ce dernier rapport, je reproduirai un fait que Chopart cite, d'après Laflize. Il concerne un médecin qui souffrait depuis trois années d'une tumeur à la région hypogastrique, dont lui-même méconnut la nature. Avec le temps, les difficultés d'uriner augmentèrent, la tumeur devint plus saillante, et il y eut parfois incontinence d'urine. Le malade alors consulta Louis, qui reconnut que la tumeur était formée par la vessie distendue, et que l'urètre était fortement rétréci. Malgré la gravité de son état, le malade s'en occupa si peu que quatre heures avant sa mort, il voulait sortir pour vaquer aux soins de sa clientelle. On trouva les reins tuberculeux et désorganisés, les bassinets distendus, les uretères cinq fois plus amples que de coutume, et les parois vésicales épaisses de huit lignes. La vessie contenait près de quatre

pintes d'urine : elle avait onze pouces de long, sur cinq de large. La prostate était dure comme une pierre et du volume d'un œuf. Un rétrécissement se voyait à un pouce du col vésical.

Dans tous les cas de ce genre, l'atonie de la vessie existe déjà de longue date quand les malades réclament les secours de l'art, et ils s'en occupent d'autant moins que l'affection prostatique coexistante, et qui très probablement a précédé tous les autres accidens, les habitue en quelque sorte à uriner avec lenteur, par un jet très faible et déformé. Ils ne font sérieusement attention à leur état que quand la faiblesse de la vessie a augmenté au point de ne plus permettre l'expulsion de l'urine, et cela d'autant plus volontiers, que la simple tuméfaction de la prostate n'est presque jamais accompagnée de véritables douleurs.

Quoiqu'il ne soit pas vrai que, comme on l'a prétendu, la rétention d'urine qu'on attribue à l'atonie, à la paralysie de la vessie soit dix-huit fois sur vingt le résultat d'une affection de la prostate, toujours est-il certain que cette complication se rencontre fort souvent, et que dès-lors il importe de savoir la distinguer. Or il y a pour cela un moyen facile. Lorsque la difficulté d'uriner tient surtout à un engorgement de la prostate, sans atonie de la vessie, l'urine est projetée avec force, ainsi que je l'ai dit, en traitant des maladies de cette glande, aussitôt que la sonde arrive dans le viscère. Quand, au contraire, l'atonie de la vessie est la principale cause des difficultés d'uriner, le liquide retiré par la sonde n'est point lancé, et coule, pour ainsi dire, en bavant : il n'y a projection que pour les premières portions, sur lesquelles s'exerce le peu de contractilité et d'élasticité que possède encore la vessie, et le reste coule sans jet, par le seul fait de la pesanteur ; si le malade est couché, il n'y a projection qu'autant qu'il fait effort, qu'il contracte le diaphragme et les parois abdominales, ou qu'on presse sur

l'hypogastre. Quant à la lésion prostatique elle-même, j'ai dit ailleurs quels sont les moyens auxquels on doit avoir recours pour la constater. Je rappellerai donc seulement, pour ce qui concerne l'introduction des sondes, qu'il importe d'employer des instrumens plus courbés que ceux dont on fait généralement usage ; car bien que ceux-là parcourent la partie mobile de l'urètre avec plus de difficultés, dès qu'ils sont arrivés au col vésical, qui est le point qu'on doit surtout ménager, ils pénètrent ensuite plus aisément, et fatiguent moins. J'insisterai également sur la nécessité de procéder à l'introduction avec lenteur, sans secousses, sans violence ; c'est le seul moyen, non-seulement d'épargner d'inutiles douleurs au malade, mais encore d'écarter des difficultés provenant de la contraction spasmodique des muscles qui agissent médiatement ou immédiatement sur l'urètre. Le fait suivant servira de commentaire à ce dernier précepte surtout.

L'un de nos poètes les plus distingués fut attaqué subitement, à l'âge de soixante ans, d'une rétention d'urine qu'on attribua à diverses causes. Plusieurs praticiens de la capitale furent appelés pour le sonder; mais ils ne purent parvenir dans la vessie. Consulté à mon tour, je m'assurai d'abord que l'urètre était libre jusqu'au col vésical, et que, là, il était dévié par un engorgement de la prostate. Rien n'indiquait d'ailleurs que les tentatives infructueuses de mes prédécesseurs eussent, comme il arrive si souvent, opéré des désordres. Ce fut donc avec pleine confiance que je pratiquai le cathétérisme. La sonde pénétra beaucoup plus facilement que je ne l'avais prévu, et le malade souffrit si peu qu'il ne la croyait pas arrivée dans la vessie quand l'urine coulait déjà. L'instrument fut retiré de suite ; mais il fallut le réintroduire au bout de quelques heures. Cette fois, on le laissa huit jours, et on le remplaça par une autre sonde, qui séjourna le même laps de temps ; il en fut de même pen-

dant deux mois. Plusieurs fois, on essaya de retirer l'instrument; mais la rétention d'urine en était l'infaillible conséquence. Une fois même, cette rétention se prolongea, et fut suivie d'une réaction qui dura quelques jours. On employait en même temps tout ce qui pouvait aider les forces de la vessie et provoquer ses contractions, bains de siège, lavemens froids, injections froides, etc. Ces divers moyens finirent par rétablir la contractilité de l'organe. La sonde fut enfin retirée, et l'urine expulsée comme dans l'état normal; seulement, les besoins étaient un peu plus fréquens.

Nous avons vu que, dans quelques cas de spasme du col vésical, il suffisait de sonder une fois le malade pour que l'équilibre se rétablît : les parois vésicales n'étaient distendues qu'accidentellement, et l'obstacle au col était temporaire. Mais ici, les parois de la vessie ont été fatiguées, épuisées par une distension prolongée, que l'obstacle au col avait préparée de longue main, sans compter la phlegmasie qui ne tarde pas à se mettre de la partie. Dans les cas peu avancés, il suffit ordinairement, ainsi qu'on l'a vu pour ceux d'atonie simple, d'aider, par quelques introductions de sonde et par quelques injections, la vessie à se débarrasser du liquide qu'elle contient : au bout de quelques jours, la contractilité du viscère se rétablit, et l'urine est expulsée naturellement, quoique le jet soit encore faible et les besoins plus rapprochés que dans l'état ordinaire. S'agit-il d'un cas plus avancé, il devient nécessaire de laisser une sonde à demeure. Au bout d'un à deux mois, quelquefois moins, la vessie se contracte, et chasse l'urine entre l'instrument et le canal. Alors on peut retirer la sonde, du moins pendant le jour. Si le cas est plus grave encore, et surtout s'il existe d'autres complications, comme catarrhe vésical, etc., la contractilité ne se rétablit qu'après un emploi plus prolongé des sondes. Cette lenteur dans le rétablissement de l'excrétion urinaire avertit le chirurgien de se tenir long-temps en observation. La gué-

rison est d'abord peu solide, et l'on doit craindre le retour de la rétention. C'est alors, principalement, qu'il est nécessaire de continuer l'usage de la sonde pendant la nuit, et d'associer à ce moyen les divers traitemens que j'ai passés en revue. Avec des précautions, on finit souvent par obtenir une cure plus durable qu'on n'aurait osé l'espérer. Je ne saurais entrer ici dans de plus longs détails sans répéter ce que j'ai dit en traitant des maladies de la prostate.

3. Fongus et autres tumeurs des parois vesicales ou états morbides de la vessie.

Ce n'est pas seulement la tuméfaction de la prostate qui peut produire ou compliquer l'atonie, la paralysie de la vessie; toute autre tumeur ayant son siège dans l'intérieur du viscère, dans l'épaisseur de ses parois, et surtout au voisinage de son col, comme fongus, polype, cancer, squirrhosité, induration, abcès, est susceptible de donner lieu aux mêmes effets, c'est-à-dire, de gêner la contractilité vésicale, et de constituer une complication fort grave de l'état morbide dont je m'occupe. Il suffit ici d'énoncer le fait, duquel ressort, pour le praticien appelé à combattre l'atonie de la vessie, la nécessité de rechercher s'il n'existerait pas simultanément quelqu'une de ces lésions organiques. Mais je dois rappeler qu'on a souvent beaucoup de peine à constater celles-ci, et qu'il est nécessaire pour cela de répéter les explorations, de les faire avec le plus grand soin possible. Il vient d'entrer à l'hôpital Necker un vieillard qui éprouvait tous les symptômes de la pierre; une première exploration, tout en prouvant que la vessie ne se vidait pas, me porta à penser qu'il n'existait point de corps étranger; les suivantes me firent reconnaître, au côté droit du bas-fond, une induration assez étendue, qui était la véritable cause de l'atonie du viscère.

J'ai démontré que les cellules vésicales ne sont point rares, tant chez les calculeux que chez les personnes qui n'ont

point la pierre. J'ai dit qu'elles ont quelquefois un volume considérable, et que leurs parois ne possèdent qu'une faible puissance expulsive, soit que la membrane muqueuse les constitue à elle seule, soit que l'adhérence de la tumeur aux tissus voisins mette obstacle à la contraction nécessaire pour chasser les liquides contenus. Cette inertie des cellules vésicales explique des phénomènes assez communs. Dans un cas cité par Lapeyronie, la vessie d'un homme mort d'abcès gangréneux au col vésical, offrait quatre cellules pleines de matière purulente; lorsque les poches se vidaient, le malade rendait beaucoup de pus avec ses urines; il était ensuite longtemps sans en rendre, ou pour mieux dire le pus ne recommençait à couler que quand les cellules s'étaient remplies de nouveau. L'émission de l'urine s'accomplit presque toujours avec lenteur chez les sujets qui ont une vessie celluleuse. Donc, lorsque cette disposition insolite coïncide avec l'atonie vésicale, il y a deux causes pour que l'urine sorte difficilement et incomplètement, d'autant plus que les cellules, occupant le plus ordinairement le bas-fond, retiennent et ce liquide et les dépôts qu'il forme, d'où résultent beaucoup de catarrhes de vessie, presque toujours rebelles aux traitemens qu'on leur oppose. Le cas est donc très grave. L'opiniâtreté des phénomènes morbides établit une forte probabilité de l'existence des cellules vésicales, quand d'ailleurs il n'y a, ni au corps de la vessie, ni à son col, ni dans l'urètre, rien autre chose qui puisse l'expliquer.

Ce que je dis des cellules s'applique à toute disposition morbide de la vessie qui est de nature à diminuer ou enrayer la contractilité, et à rendre ainsi l'émission de l'urine lente, difficile, incomplète. Ainsi les vices de conformation du viscère et ses déplacemens peuvent contribuer à produire ou entretenir son atonie, ou simplement exister avec elle. Il y a même des cas où l'une de ces maladies peut être prise pour l'autre, et le praticien se trouver dans une grande

perplexité. La plupart du temps alors on ne parvient à établir le diagnostic que par voie de défalcation, en analysant chacune des affections séparément, et en multipliant les explorations.

Quant au traitement, il varie en raison des circonstances. Mais trop souvent on n'a à s'occuper de ces sortes de complications que pour les atténuer, ou pour écarter l'influence fâcheuse que la lésion organique exerce sur la fonction expulsive de la vessie. Pour ce qui concerne la lésion elle-même, l'art est malheureusement impuissant, et les palliatifs sont la seule ressource. Mais ils ont plus de portée qu'on ne serait disposé à le croire. Par l'emploi de la sonde et des injections, on aide la vessie à se débarrasser de son contenu, même quand elle est à cellules, on enlève les dépôts muqueux ou purulens qui pourraient exister, soit dans son intérieur, soit dans les poches accessoires. C'est le meilleur, même le seul moyen de combattre l'affection catarrhale, et de remédier aux désordres que cette dernière manque rarement de provoquer du côté, soit de l'appareil urinaire, soit de la santé générale.

4. Atonie simultanée de la vessie et du rectum.

Parmi les causes de l'atonie, de la paralysie de la vessie, il en est qui agissent en même temps sur d'autres parties du corps, notamment sur l'extrémité inférieure du canal intestinal. Alors, au lieu d'une maladie, on en a plusieurs à combattre. Ce cas arrive assez fréquemment, soit qu'une même cause exerce une action multiple, soit que l'une des maladies simultanées, ayant d'abord existé seule, ait contribué à produire l'autre, et suffise pour l'entretenir. J'ai déjà dit, en effet, et la pratique journalière le prouve sans réplique, que les constipations prolongées, quelle qu'en soit l'origine, exercent une grande influence sur la contractilité vésicale. Les faits que j'ai cités et d'autres qu'on trouve dans les auteurs,

en particulier dans l'ouvrage de M. Charles Bell, mettent hors de doute qu'il suffit quelquefois de remédier à la constipation pour faire cesser l'atonie de la vessie et rétablir l'excrétion facile de l'urine. Ne voulant pas répéter ici ce qui a déjà été exposé dans d'autres chapitres, je n'insisterai que sur un seul point, la coexistence de l'atonie du rectum et de celle de la vessie, en tant que toutes deux dépendent d'une seule et même cause.

J'ai vu quelques malades chez lesquels ces deux affections existaient depuis long-temps, et où par conséquent les fonctions de la vessie et du rectum s'accomplissaient d'une manière très imparfaite, avec lenteur et efforts prolongés. De ce travail pénible étaient résultés une émaciation, un affaissement, une sorte de prostration, qui mettaient les sujets dans une situation fâcheuse, surtout lorsqu'à cet état d'inertie des réservoirs de l'urine et des débris de la digestion se joignait une irritation excessive de l'urètre, ce qui n'est point rare. Pour peu qu'un tel état dure, la santé se détériore, il survient une exaspération de la sensibilité générale, et des symptômes nerveux alarmans ne tardent pas à éclater.

Le praticien éprouve alors un grand embarras. La sensibilité de l'urètre rend l'usage de la sonde fort douloureux, et empêche même d'y recourir; presque toujours les lavemens demeurent sans effet, et les purgatifs, même les plus doux, sont contre-indiqués par l'irritation des premières voies. La vie du malade se trouve ainsi entre deux écueils qui la menacent également.

On ne saurait donc trop s'empresser de prévenir le développement de ces états complexes, à la manifestation desquels il y a d'autant plus de certitude de s'opposer qu'on s'y prend de meilleure heure. Si l'on a été appelé trop tard, on ne peut qu'espérer de ralentir ou d'arrêter, pour un certain temps, la marche des désordres; très rarement on obtient

guérison; les secours de l'art ont pour but spécial de procurer une existence supportable au malade.

J'ai donné des soins à un employé du ministère de la guerre que tourmentaient vivement des difficultés d'uriner et des constipations interrompues par des accès de diarrhée. Il y avait chez lui une gastrite chronique fort ancienne, qui s'était montrée rebelle à tous les traitemens, mais dont les symptômes avaient diminué surtout depuis la manifestation des désordres dans les fonctions de la vessie. Je reconnus que ce dernier viscère était dans un état voisin de la paralysie : l'urine ne sortait jamais entièrement, il y avait quelques indices de catarrhe; du reste, faiblesse considérable, perte de l'appétit, agitation extrême pendant la nuit. Divers moyens ayant été employés sans résultat, le malade craignit d'avoir la pierre. Je m'assurai que ses appréhensions manquaient de fondement. J'eus alors recours aux bougies pour diminuer la sensibilité de l'urètre. J'employai ensuite les injections, d'abord émollientes, puis légèrement toniques. En même temps, je m'occupai de régulariser les fonctions digestives. L'effet de ces soins fut une amélioration notable, qui se soutint pendant plusieurs années, toutefois avec des recrudescences qui exigèrent l'intervention de l'art, et à chacune desquelles les mêmes moyens me servirent pour rétablir l'équilibre.

Beaucoup d'autres cas analogues se sont offerts à moi, mais presque tous avec complication de catarrhe vésical, ce qui fait que j'en parlerai plus loin.

5. Coïncidence des difficultés d'uriner et d'un délabrement de la santé générale déterminé par d'autres causes.

Il n'est pas rare d'observer des difficultés d'uriner, par suite d'atonie, de paralysie de la vessie, chez des personnes dont la santé est fort délabrée, et sans qu'on découvre, dans l'appareil urinaire, rien qui puisse expliquer les désordres

pour lesquels on est consulté. J'en ai vu des exemples chez les deux sexes et aux divers âges de la vie, et un assez grand nombre de faits m'autorisent à déclarer qu'on s'est trompé en les disant peu communs pendant la jeunesse. C'est chez les sujets très nerveux, épuisés par les excès ou le travail, qu'on les rencontre plus particulièrement. On retrouve ici la plupart des phénomènes dont j'ai présenté le tableau en traitant des névralgies de l'urètre et du col vésical, états morbides dont l'atonie et la paralysie de la vessie sont alors la conséquence.

Entre autres cas de ce genre, je citerai celui de l'un des directeurs d'un observatoire de province, atteint de phthisie pulmonaire, qui depuis long-temps éprouvait par intervalles des difficultés d'uriner, assez fortes pour lui faire craindre d'être affecté de la pierre. La sonde lui inspirait une aversion telle, qu'il avait toujours reculé devant l'idée d'une exploration. A la fin cependant il se décida, surtout en voyant un de ses confrères de Paris, qui recevait également mes soins, faire lui-même usage de la sonde avec la plus grande facilité et sans éprouver la moindre douleur. Je reconnus que l'urètre et le col vésical étaient fort irritables ; mais, chez ce malade, les désordres tenaient principalement à la stagnation de l'urine dans son réservoir, par suite de l'atonie du viscère. Je cherchai donc à rétablir l'excrétion du liquide au moyen des bougies et des injections. Mais l'amélioration notable qui résulta du traitement ne se soutint pas. Chaque exaspération de l'affection pulmonaire retentissait sur les fonctions de la vessie. Vers la fin de son existence, le malade eut un véritable catarrhe vésical, et il souffrait beaucoup pour uriner.

Lorsque l'épuisement tient à des excès vénériens, ce qui n'est pas rare, les phénomènes morbides du côté de la vessie se font remarquer par leur gravité et leur opiniâtreté. Presque toujours, dans ce cas, les vésicules séminales et les ca-

naux éjaculateurs sont atteints, et j'ai fait voir précédemment combien un pareil état de choses est sérieux. Ce n'est pas seulement la membrane muqueuse de la portion prostatique de l'urètre qui se trouve alors affectée ; comme chez les sujets atteints de névralgie, l'irritation, par son étendue et ses ramifications, acquiert beaucoup d'opiniâtreté, et contribue à rendre l'excrétion de l'urine de plus en plus difficile. L'embarras devient d'autant plus grand quelquefois, que le passage de la sonde au col vésical est accompagné d'une sensation très pénible, et entraîne une réaction toujours défavorable. Il faut donc redoubler de précautions et de ménagemens lorsqu'on introduit les instrumens dans la vessie.

Ces cas se rapprochent beaucoup de quelques autres dans lesquels il n'y a pas maladie des voies spermatiques, mais où le système nerveux est tellement ébranlé et l'agacement du sujet si considérable qu'on ose à peine le toucher. C'est surtout ce qu'on observe chez certaines femmes frêles et délicates, que la pudeur ou la crainte d'une opération a tenues long-temps éloignées des soins que leur position réclamait.

Ici il y a évidemment faiblesse, atonie de la vessie ; mais presque toujours cette inertie est relative, et seulement la conséquence de l'état névralgique de l'urètre ou du col vésical, auquel spécialement se rattachent les désordres de la santé générale. Ainsi les cas de ce genre appartiendraient plutôt aux névralgies graves qu'aux paralysies de la vessie, si la difficulté d'uriner ou la rétention d'urine ne venait pas jouer un rôle si important dans la production des phénomènes morbides ultérieurs.

Il n'est pas rare d'observer alors une particularité que j'ai déjà notée, mais qui doit être rappelée ici, attendu qu'elle peut induire en erreur. Par l'effet de l'exaspération de la sensibilité du col vésical, la présence d'une petite quantité d'urine provoque une sensation pénible, et le malade accuse la plupart des symptômes de l'atonie de vessie et de la stag-

nation d'urine, bien que ni l'un ni l'autre de ces états n'existe. Aussi observe-t-on de faux besoins d'uriner et des douleurs pour les satisfaire, surtout vers la fin des émissions et quand les dernières gouttes viennent de sortir : il y a même une sensation de pesanteur au périnée, sur laquelle les malades insistent beaucoup, parce qu'elle leur fait croire, ainsi qu'à plusieurs praticiens, que la vessie renferme un corps étranger. D'ailleurs, on remarque chez eux les sensations les plus bizarres, comme je l'ai dit en traitant des névralgies. La plupart sont maigres, ils ont les parois abdominales souples, et l'on peut s'assurer par le palper que la vessie ne contient pas d'urine. S'il restait des doutes à cet égard, on aurait recours à la sonde, car il s'agit d'un point de diagnostic qu'on ne doit pas négliger d'éclaircir.

L'atonie de la vessie peut, dans ces circonstances, se rattacher aux différentes lésions de l'urètre et du col vésical dont j'ai parlé, et qui ne sont pas rares chez les hommes adonnés aux excès vénériens. Lorsque ces complications existent, le cas rentre dans ceux que je viens d'étudier. Je n'ai voulu parler ici que de l'atonie par épuisement de la santé générale, cas qui a beaucoup de rapport avec ceux dans lesquels la faiblesse est le résultat d'un âge avancé, mais qui en diffère, soit par l'irritabilité excessive de l'urètre et du col vésical, soit par l'exaltation de la sensibilité générale. Cette particularité, dont les auteurs n'ont pas tenu compte, est fort importante : car elle restreint beaucoup, si même elle n'exclut tout d'abord, l'emploi du moyen sur lequel on devait le plus compter pour combattre la paralysie de la vessie, c'est-à-dire l'usage de la sonde. Si l'on a recours à cette dernière dès le début, et sans précautions, ainsi que les auteurs le conseillent, on s'expose aux réactions les plus graves, sans parler des douleurs que fait éprouver l'introduction de l'instrument, et qui suffisent quelquefois pour décourager les malades. C'est dans de telles circonstances, pres-

que toujours graves, qu'il faut commencer par un traitement général, auquel on associe ensuite un traitement local, mais dont la direction réclame un praticien exercé. Les opiacés, dont on a coutume de faire usage, et sur lesquels il semble rationnel de fonder quelque espoir, ne produisent pas constamment l'effet qu'on attend de leur part : il faut les varier, en diversifier la dose, les associer tantôt aux acides, tantôt aux alcalis, et procéder à tâtons jusqu'à ce qu'on soit parvenu à reconnaître la forme et la combinaison qui conviennent le mieux. L'important est de s'y prendre à temps, et de ne pas méconnaître, comme il arrive si souvent, l'atonie de la vessie et la stagnation de l'urine, puisque cette méprise suffit pour faire échouer toute espèce de traitement. Or, les praticiens n'ont égard à l'état de la vessie que quand il survient un catarrhe vésical ; mais celui-ci n'éclate en général qu'à une époque assez avancée de la maladie, et alors il est presque toujours trop tard.

J'ai dit que l'atonie de la vessie et la stagnation de l'urine se rencontrent surtout chez les femmes excessivement nerveuses, épuisées par les excès. Cependant j'ai vu plusieurs femmes de forte constitution en être atteintes aussi, et chez quelques-unes les accidens ont été fort opiniâtres.

On pourrait faire une catégorie à part des cas dans lesquels la vessie cesse de fonctionner ou fonctionne mal, par suite d'états nerveux, locaux ou généraux, ayant leur siège en dehors des organes urinaires. Il semble qu'alors toute l'action nerveuse se concentre sur la partie affectée, et que ces organes n'y participent pas, à tel point que le besoin de vider la vessie ne se fait même pas sentir. Ainsi, on voit des hystériques, des hypocondriaques, ou des personnes atteintes d'autres maladies nerveuses graves, ne pas éprouver le besoin d'uriner, et laisser le liquide s'amasser en grande quantité dans la vessie, sans que rien les avertisse de cette accumulation. Le sujet peut ainsi rester plusieurs jours sans

uriner. La conduite à tenir, en pareil cas, varie suivant l'état de plénitude du viscère, et aussi d'après la durée probable de la maladie sous l'influence de laquelle la vessie a cessé de se contracter. S'il s'agissait d'une attaque d'hystérie, ou de toute autre affection temporaire accidentelle, et que la vessie ne fût pas distendue, il ne serait pas nécessaire de pratiquer le cathétérisme évacuatif, car on sait qu'alors, la sécrétion urinaire est souvent ralentie, sinon même suspendue, et que, par conséquent, les malades peuvent rester long-temps sans uriner; mais il faut surveiller l'état de la vessie, en palpant l'hypogastre, attendu qu'il y aurait de graves inconvéniens à la laisser se distendre outre mesure. L'exploration extérieure suffit presque toujours ici, le sujet ayant, en général, peu d'embonpoint.

6. Atonie de la vessie provoquée par une affection du centre cérébro-spinal.

Parmi les lésions organiques étrangères à l'appareil urinaire qui peuvent coexister avec l'atonie de la vessie, à titre soit de cause, soit d'effet, il s'en trouve un certain nombre entre lesquelles et l'état de ce viscère aucun rapport ne paraît exister; mais il y en a d'autres dans lesquelles la théorie indique au moins une liaison. Telles sont surtout celles du cerveau et de la moelle épinière, origine d'une partie des nerfs qui se distribuent à l'appareil chargé de sécréter et d'excréter l'urine. Ces cas sont fréquens, et en général fort graves. A ce double titre, ils méritent une attention sérieuse. Déjà la science possède un grand nombre de faits constatant l'influence réciproque que la vessie et l'encéphale exercent l'un sur l'autre. Les remarques que j'ai à présenter sur ce sujet ne sont pas neuves, mais elles pourront contribuer à élucider quelques questions encore mal connues, en même temps qu'elles feront ressortir la nécessité d'une médication que l'on me paraît avoir beaucoup trop négligée.

Chopart dit qu'on ne connaît aucun cas de paralysie de vessie après un coup violent sur la tête, suivi de commotion et d'épanchement. M. Pascal parle cependant d'un homme chez lequel cette paralysie fut déterminée par la chute d'une lourde porte, qui entraîna la perte subite des sens. A la vérité, l'ébranlement dut atteindre aussi la moelle épinière ; mais comme la rétention d'urine succède quelquefois à l'apoplexie, on ne voit pas trop pourquoi elle ne pourrait pas également dépendre d'une violente commotion cérébrale.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas rare qu'après une chute, un coup, une contusion à la tête ou au dos, la vessie se trouve frappée d'inertie ou d'une paralysie plus ou moins complète. A la suite de tels accidens, le praticien doit donc surveiller de près les fonctions de ce viscère, bien qu'il n'existe souvent aucun indice provenant de sensations accusées par le blessé. Deux circonstances surtout réclament son attention, la cessation de l'écoulement urinaire et l'apparition d'une tumeur à l'hypogastre. Ces deux phénomènes ne sont pas inséparables l'un de l'autre ; mais comme on les apprécie sans peine, ils sembleraient devoir suffire, quand on les rencontre ensemble, pour mettre à l'abri d'une méprise. Cependant Chopart, Morgagni et autres auteurs citent des cas dans lesquels ils n'ont pas garanti de l'erreur.

Lorsque le cas est grave, les effets primitifs peuvent ne pas paraître inquiétans d'abord. On a vu les blessés continuer de rendre au moins une partie de l'urine. Mais, au bout de quelques jours, au lieu de l'amélioration sur laquelle on comptait, il survient de plus grandes difficultés d'uriner, le liquide est plus trouble et plus chargé de mucosités, assez souvent même il prend une teinte noirâtre, et si l'on ne se hâte pas d'aider la vessie à se débarrasser de son contenu, on a bientôt à combattre les effets d'une surdistension prolongée de ses parois. Toutefois il est rare que les choses en viennent jusque-là.

Les lésions de la moelle épinière sont bien plus fréquemment que celles du cerveau accompagnées de paresse ou de paralysie de la vessie. On observe souvent ce symptôme dans celles même qui sont légères, du moins en apparence, et à plus forte raison dans celles qui sont considérables, comme à la suite des luxations et des fractures du rachis. Il a presque toujours lieu dans la myélite. Dans les affections chroniques du cordon rachidien, le degré de paresse ou de paralysie de la vessie est ordinairement proportionné au développement de la lésion première. Mais ici les choses se passent autrement que quand il y a eu contusion ou violent ébranlement. Au lieu de survenir d'une manière brusque et subite, la paresse de la vessie se développe d'une manière lente et insensible. Quelquefois les malades ne s'aperçoivent d'aucun dérangement dans les fonctions de l'appareil urinaire, et ne sont avertis que par la distension du ventre, par l'apparition d'une tumeur à l'hypogastre. Alors seulement, et surtout quand on les met sur la voie, ils se souviennent que, depuis long-temps, ils urinaient avec plus de lenteur, que le liquide coulait par un jet faible, et que des efforts prolongés étaient nécessaires pour le faire sortir. Chez quelques-uns, il y a d'abord une espèce de rétention, qui cesse bientôt d'elle-même, et à laquelle succède l'incontinence; mais, comme ils ne souffrent pas, ils attachent peu d'importance à ces incommodités.

J'ai été consulté naguère par une homme d'une quarantaine d'années, affecté depuis quinze ans d'une maladie grave de la moelle épinière; cet homme éprouve de grandes difficultés pour rendre l'urine et les matières fécales. Pendant la nuit, l'urine coule continuellement, et dans la journée elle sort par un petit jet, que le malade obtient avec effort. Lorsqu'il est couché, il soulève le bassin, en se tenant sur ses poignets, et pousse autant qu'il le peut; le liquide s'échappe par un filet grêle et souvent interrompu. Mais, en s'y prenant

à plusieurs fois, le malade parvient à rendre jusqu'à un verre d'urine. Il croyait être atteint de la pierre, en raison de quelques sensations pénibles qui se manifestaient depuis plusieurs mois à la région vésicale. Rien dans les symptômes ne pouvant me faire soupçonner l'existence d'un corps étranger, je n'introduisis la sonde que pour rassurer l'imagination et reconnaître si la vessie se vidait entièrement, ce qui me paraissait douteux, malgré les affirmations du malade. En effet, l'instrument fit sortir une pinte et demie d'urine colorée et légèrement fétide. C'est à cet amas d'urine, dont la vessie ne pouvait se débarrasser, malgré tous les efforts, qu'il fallait attribuer les sensations pénibles. Je prescrivis d'introduire la sonde deux fois par jour au moins, et de nettoyer de temps en temps la vessie par des injections. La maladie principale ne permettait pas d'espérer de ces moyens autre chose qu'une simple palliation.

A côté de ce fait peut être placé le suivant, qui y ressemble beaucoup. Un de nos chirurgiens militaires les plus distingués, âgé de cinquante-cinq ans, d'un tempérament nerveux très prononcé, remarquait depuis long-temps que l'émission de l'urine se faisait chez lui avec une lenteur extrême, et il en accusait la capacité de sa vessie, qui était fort grande. Du reste, il n'éprouvait ni fatigue, ni douleurs du côté de cet organe, tandis qu'il en ressentait de permanentes dans les régions lombaire et dorsale. Ces douleurs l'inquiétèrent vivement, surtout lorsqu'il s'aperçut que la station devenait difficile. Guidé par ses propres connaissances et les conseils de ses amis, il suivit avec exactitude les divers traitemens usités contre les lésions chroniques de la moelle épinière, et qui n'eurent pas de succès ; bientôt il y eut de la gêne, de l'embarras et même de la douleur vers l'excavation pelvienne, accidens qui persistèrent malgré tous les moyens employés pour les combattre. Ce fut alors que le malade vint à Paris. On n'avait pas de peine à reconnaître que

sa vessie ne se vidait point de son contenu, malgré les efforts qu'il faisait et le temps considérable qu'il mettait à uriner. Je lui en fournis la preuve en le sondant immédiatement après une émission naturelle; la sonde fit sortir environ une pinte d'urine louche, noirâtre et fétide. Une partie des accidens devait être attribuée au séjour trop prolongé des matières fécales dans le gros intestin, qui ne s'en débarrassait effectivement qu'à de longs intervalles. Il suffit d'aider la vessie et le rectum à se délivrer en temps utile de leur contenu pour obtenir un soulagement notable. C'était le seul résultat qu'on pût espérer, puisque la maladie principale était incurable.

On comprend, en effet, que le traitement de ces sortes de paralysies complètes ou incomplètes de la vessie, varie en raison de la cause. Il ne faut pas perdre de vue que les difficultés d'uriner et la rétention ou l'incontinence d'urine sont ici une chose tout-à-fait secondaire. Cependant on doit s'en occuper, même avec soin, et aider la vessie à se débarrasser de son contenu; mais, cette première indication remplie, c'est la maladie principale qui réclame l'attention. Sous ce rapport, je n'ai pas à m'occuper du traitement.

Ce n'est point assez de vider la vessie. Il convient encore, à mesure qu'on réussit à diminuer l'influence de la cause, de chercher à ranimer la contractilité de cet organe par des applications locales. Malheureusement, on n'y parvient pas toujours, à beaucoup près. J'ai soigné un officier supérieur de la marine atteint d'une maladie de la moelle épinière, contre laquelle toutes les ressources de l'art avaient été inutilement épuisées. L'urètre était fort irritable, et la vessie ne se vidait qu'en partie de son contenu. Je parvins à diminuer l'irritabilité du canal et à mettre le malade à même de se sonder chaque fois qu'il en éprouvait le besoin; mais ni les injections, ni les douches, les vésicatoires, les cautères, les moxas, etc., ne purent rétablir complètement la contractilité

de la vessie. Les injections n'eurent d'autre effet que de prévenir un catarrhe vésical qui menaçait de se déclarer; sous leur influence, l'urine reprit bientôt ses qualités normales. J'ai revu cet officier au retour des eaux, où il avait passé plusieurs mois; son état était le même.

Beaucoup de personnes, à la suite d'une attaque d'apoplexie, éprouvent les symptômes de la paralysie d'une ou plusieurs parties du corps. Ordinairement la vessie et le canal intestinal participent à cette paralysie, et les fonctions des deux organes languissent, s'exécutent avec difficulté, ou sont suspendues. Dans ce dernier cas, la cessation complète de l'écoulement de l'urine et de l'expulsion des matières fécales avertit le chirurgien, et pour peu qu'il soit attentif et expérimenté, il prévient les désordres qu'entraîneraient la constipation et le séjour trop prolongé de l'urine dans son réservoir. Mais les symptômes ne sont pas toujours aussi tranchés; d'ailleurs les difficultés de la pratique sont telles que même en présence de ces deux signes, on est exposé à commettre des méprises, ou, si l'on y échappe, à rencontrer, de la part de confrères prévenus ou aveugles, une sorte d'opposition à remplir les indications les plus patentes. Je pourrais citer à cet égard des faits qui me sont personnels; mais, par des motifs qu'on appréciera sans peine, j'aime mieux emprunter les suivans aux auteurs.

Un jeune homme fit, sur les lombes, une chute de laquelle résultèrent, pendant six mois, des douleurs atroces, avec impossibilité de marcher. Le malade tomba ensuite dans une espèce d'état d'apoplectique, quoiqu'il ne perdît pas l'usage de ses sens; l'urine et les matières fécales sortaient à son insu, et le ventre prit un accroissement considérable, qui fut attribué à une ascite. Mais Frank, que l'on consulta, soupçonna une distension de la vessie, et effectivement il retira douze livres d'urine par la sonde. Cependant le sujet ne tarda pas à succomber : il avait une carie des vertèbres

lombaires, un épanchement dans le canal rachidien, une altération de la moelle épinière, et une vessie contenant vingt-quatre pintes d'urine.

Un homme de cinquante ans était privé de connaissance et paralysé depuis quatre jours. On lui avait administré douze grains d'émétique et des lavemens très stimulans, mais il n'avait ni évacuations alvines, ni écoulement d'urine. Au bout de quelque temps, on s'aperçut que son linge était mouillé; cependant on ne songea même pas à la possibilité d'une accumulation d'urine dans la vessie, quoique ce viscère formât tumeur au bas de l'abdomen, qu'on sentît la fluctuation du liquide, et qu'une simple pression sur l'hypogastre le fît couler. Chopart eut beaucoup de peine à faire comprendre le nécessité du cathétérisme, et comme, pendant qu'il était allé chercher une sonde, le malade rendit un peu d'urine, on douta plus que jamais de l'opportunité de l'opération. Cependant on finit par se rendre à l'insistance de Chopart, qui retira plus d'une pinte d'urine. La même chose lui arriva plus tard chez une femme presque septuagénaire, de la vessie de laquelle il fit sortir deux pintes de liquide rougeâtre et ammoniacal, bien qu'on s'obstinât à lui soutenir qu'une tumeur considérable, proéminente au-dessus des pubis, ne dépendait pas de la vessie distendue.

Les méprises deviennent plus communes encore quand la vessie et le canal intestinal sont faiblement atteints et conservent un certain degré de puissance expulsive. Pour quiconque se borne à un examen superficiel, il est d'autant plus difficile de reconnaître le véritable état des choses, que la plupart des malades témoignent de la répugnance pour les explorations locales, et que la crainte qui les domine les excite à faire un récit inexact de leurs souffrances, ou à en accuser des causes gratuites. D'un autre côté, lorsque le mal a fait assez de progrès pour qu'il ne reste plus de doute, on a beaucoup de peine à l'arrêter et à prévenir les graves dé-

sordres qui en sont la conséquence. Il en est ici comme dans les fièvres graves et les accouchemens laborieux; l'accumulation et la stagnation prolongée de l'urine dans son réservoir exercent une grande influence sur l'état du malade, bien que les phénomènes morbides spéciaux aient des caractères peu tranchés. Je me suis assuré du fait dans une multitude de circonstances où j'ai été appelé. Dès que la vessie a été débarrassée de l'urine noire et fétide qu'elle contenait sans qu'on s'en doutât, puis nettoyée par des injections détersives, un changement notable s'opère dans l'état général du malade. Entre autres cas de ma pratique, je citerai les suivans.

Un cocher, habitué à la boisson, éprouva une attaque d'apoplexie dont il guérit; mais, à dater de ce moment, les difficultés d'uriner furent continuelles. Il n'y eut d'abord qu'une simple gêne, une sensation d'embarras, de pesanteur; puis bientôt survint la rétention d'urine, pour laquelle seule je fus appelé, le malade ne s'étant point inquiété des incommodités précédentes, qu'il regardait comme une suite inévitable de l'apoplexie. Déjà plusieurs confrères avaient essayé de le sonder, mais sans pouvoir y parvenir : je fus plus heureux. Les difficultés provenaient d'une déviation de l'urètre en haut, produite par la tuméfaction de la prostate. L'engorgement de cette glande et la faiblesse de la vessie étaient les deux causes principales de la stagnation et de la rétention de l'urine. Le malade fut traité avec succès par les sondes à demeure, les injections et les autres moyens dont j'ai donné les détails. Les fonctions de la vessie revinrent à-peu-près à l'état normal. En ne tenant pas compte de ce qui avait précédé, on aurait été induit à considérer la rétention d'urine comme un effet de la lésion prostatique, et à croire celle-ci beaucoup plus grave qu'elle ne l'était réellement : or, cette première méprise en aurait nécessairement entraîné d'autres si l'on avait dirigé la suite du traitement d'après les mêmes vues.

Ce fait fournit une nouvelle preuve à l'appui d'une donnée pratique dont j'ai déjà parlé, savoir qu'on peut parvenir à rétablir les fonctions de la vessie, quoique les causes organiques des désordres persistent. Le traitement auquel le malade fut soumis laissa la prostate volumineuse; cependant l'atonie de la vessie, que l'apoplexie avait sinon amenée, du moins accrue, cessa, et avec elle les difficultés d'uriner, ainsi que les symptômes d'un catarrhe qui commençait à se manifester.

Chez un des généraux de notre ancienne armée, auprès duquel j'ai été appelé, une rétention d'urine était également survenue à la suite d'une légère apoplexie. Cette rétention n'était qu'un accident amené par la congestion cérébrale; mais il existait déjà auparavant une atonie de la vessie, à laquelle on n'avait point fait attention, et qui était liée elle-même à une tuméfaction commençante de la prostate. Lorsque j'interrogeai le malade sur la manière dont il rendait l'urine depuis quelques années, on put se convaincre que, longtemps même avant l'apoplexie, la vessie se vidait lentement et incomplètement.

Il importe d'autant plus de régulariser l'émission de l'urine chez les sujets prédisposés à l'apoplexie, ou qui en ont déjà reçu une atteinte, qu'en ne le faisant pas on s'expose à ce qu'il éclate une congestion cérébrale, ou à ce qu'elle se reproduise, car les efforts nécessaires pour vider une vessie paresseuse ont certainement une grande influence à cet égard.

La rétention d'urine n'est pas toujours si intimement liée à la congestion cérébrale, qu'à moins d'un examen minutieux on soit tenté de l'y rapporter d'une manière exclusive. Assez souvent elle tient à un progrès incessant et bien marqué dans l'atonie de la vessie. J'ai vu plusieurs de ces cas, de l'un desquels je donnerai un court aperçu.

Un homme de quarante ans, bien constitué, sujet à des

écarts de régime, et qui avait contracté la syphilis durant sa jeunesse, éprouva, vers l'âge adulte, des besoins fréquens d'uriner, avec lenteur et difficulté pour les satisfaire. Cet état fut négligé. Trois années après survint une légère attaque d'apoplexie, caractérisée par l'embarras de la langue et une faiblesse extrême du côté droit. Les accidens se dissipèrent en quelques mois; mais la paresse de la vessie et les difficultés d'uriner augmentèrent; l'urine était tantôt bourbeuse, tantôt brune, avec toutes les nuances de dépôt susceptibles de se présenter en pareil cas. Il y avait de plus atonie des intestins, spécialement du rectum. Les efforts auxquels se livrait le malade contribuaient à le tenir dans un état de congestion cérébrale qui réagissait sur l'atonie de la vessie et de l'intestin. Des lavemens, purgatifs d'abord, puis seulement froids, l'introduction répétée de la sonde et des injections froides, améliorèrent notablement l'état local et général, et la contractilité vésicale ne tarda pas à revenir au degré normal.

Lorsque la vessie a déjà souffert d'obstacles au cours de l'urine par l'effet d'un rétrécissement ou de toute autre cause, et qu'à une époque plus ou moins éloignée de celle à laquelle cet obstacle a été détruit, il survient une affection générale grave, l'organe est encore plus susceptible de passer à un état qui se rapproche plus ou moins de la paralysie. J'ai soigné, il y a peu de temps, un membre de la chambre des pairs, septuagénaire, qui éprouvait depuis quelques années des difficultés d'uriner dont on avait méconnu la cause. Je m'assurai qu'elles tenaient à un léger rétrécissement de l'urètre, et surtout à une paresse de la vessie. Ces deux états furent combattus, et les accidens cessèrent. Un an après environ éclata une attaque d'apoplexie, à la suite de laquelle reparurent les difficultés d'uriner, qui persistèrent cette fois jusqu'au dernier moment. A la vérité, le délabrement de la santé générale était tel qu'on ne pouvait guère songer à un

traitement spécial pour la maladie des voies urinaires. Je me contentai donc de vider la vessie au moyen de la sonde. La mort se fit peu attendre.

Toute autre cause agissant sur l'origine ou le trajet des nerfs qui vont se distribuer à la vessie, de manière à les comprimer, à empêcher leurs fonctions, produirait des effets analogues à ceux de l'apoplexie. Il s'est présenté, dans le service des calculeux, un malade qui avait été débarrassé de la pierre quelque temps auparavant, et qui venait d'être asphyxié par la vapeur du charbon. Des secours administrés en temps utile l'avaient rappelé à la vie, mais il conserva une paralysie complète de la vessie, pour laquelle il entra dans mon service. Une sonde fut placée à demeure pendant huit jours, après quoi on commença l'usage des injections froides, secondées par des frictions toniques et par des purgatifs répétés tous les trois jours. Ces moyens suffirent pour rétablir la contractilité vésicale.

Dans tous les cas que nous venons d'étudier, il peut se présenter une particularité qu'on ne doit pas perdre de vue, car elle influe puissamment sur la production des troubles fonctionnels de la vessie et sur l'application des moyens curatifs. Je veux parler d'un état de contraction spasmodique, soit de l'urètre, soit du col vésical, coïncidant avec l'atonie ou la paralysie du corps du viscère. Cette disposition, que j'ai déjà fait connaître pour d'autres séries de cas, exige ici qu'on use de grandes précautions dans l'introduction des sondes.

7. Atonie de la vessie malgré l'hypertrophie de ses parois.

Dans la plupart des cas que j'ai passé en revue jusqu'ici, l'atonie de la vessie et la stagnation de l'urine existent en même temps que l'atrophie, l'amincissement des parois du viscère, dont elles sont la conséquence simple et naturelle. C'est là ce qu'on observe le plus ordinairement. Mais il y a

d'autres circonstances dans lesquelles les parois vésicales sont hypertrophiées, même à un haut degré, quoique la contractilité soit si faible que, l'urine n'étant expulsée qu'incomplètement et avec lenteur, l'organe acquiert parfois des dimensions énormes. De cette seule cause peut résulter une rétention d'urine précédée de stagnation. J'en ai observé plusieurs exemples, de quelques-uns desquels j'ai rendu compte dans mes précédens ouvrages. Je crois cependant nécessaire d'appeler de nouveau l'attention sur une particularité trop négligée, qui oblige d'apporter certaines précautions dans le traitement, et parfois même de recourir à des moyens spéciaux.

L'examen de la tumeur suffit ordinairement, sinon pour faire reconnaître cette particularité, au moins pour mettre sur la voie. En effet, la tumeur est alors plus ferme, plus dure, plus résistante, points à l'égard desquels elle ressemble à celle qu'on observe dans la rétention d'urine; mais elle diffère en ce qu'elle est beaucoup moins douloureuse. On la sent aisément sous la main, au-dessus de l'excavation pelvienne, surtout quand le sujet est maigre. La sonde, introduite dans la vessie, retire moins d'urine qu'on n'aurait pu le croire, d'après la saillie à l'hypogastre, et en promenant l'instrument sur la surface interne de l'organe, on perçoit distinctement des colonnes charnues; il est vrai que la prudence prescrit de ne procéder qu'avec beaucoup de circonspection à cette manœuvre, qui, exécutée sans ménagement, pourrait entraîner des dangers.

J'ai eu occasion de faire quelques autopsies; constamment j'ai trouvé les parois de la vessie très épaisses, et quelquefois infiltrées. Dans certains cas avancés, le tissu cellulaire était fortement coloré, ses mailles renfermaient une sanie puriforme, et les faisceaux musculeux étaient écartés les uns des autres. Ces observations viennent à l'appui de celles qu'ont faites les auteurs, entre autres Bonet, Morgagni, Chopart, et d'autres, que j'ai cités parlant des abcès des

parois vésicales. Elles témoignent de l'existence d'un état inflammatoire remontant à une époque plus ou moins éloignée.

Quoi qu'il en soit du travail pathologique qui amène un tel état de choses, la stagnation de l'urine qui en est la suite, sans être aussi lente et aussi irrégulière que chez les sujets atteints d'atrophie des parois vésicales, peut durer des semaines et même des mois avant que la rétention complète se déclare.

J'ai fait connaître les dangers qu'entraîne cette disposition morbide, quand elle complique l'affection calculeuse; mais l'absence de la pierre ne la rend pas moins grave. On en jugera d'après quelques faits tirés de ma pratique.

Un homme vint à l'hôpital Necker pour faire explorer sa vessie, attendu qu'il se croyait attaqué de la pierre. Ses craintes n'avaient aucun fondement, mais il souffrait beaucoup. L'affection était ancienne, le sujet jaune, bouffi et oppressé, la langue blanche, l'haleine forte, l'appétit nul, le sommeil mauvais. Après avoir retiré de la vessie une pinte au moins de liquide coloré et légèrement fétide, j'annonçai au malade qu'il resterait long-temps sans avoir envie d'uriner. Il eut de la peine à me croire, parce que ce besoin, disait-il, le tourmentait fort souvent; néanmoins il demeura douze heures sans l'éprouver. Je lui recommandai de se sonder avec précaution deux fois par jour, même plus, si les besoins se rapprochaient, et de faire des injections tièdes. Il négligea ce conseil, et revint deux jours après à l'hôpital, ayant de la fièvre, de l'agitation et des besoins d'uriner fort douloureux. Je me hâtai de vider la vessie, qui contenait une pinte d'urine plus fétide et plus colorée que la précédente. Le malade fut mis au repos, à la diète, à l'usage des bains, des lavemens et des boissons abondantes; mais les accidens persistèrent, et au bout de deux jours la mort survint, déterminée par une cystite, malgré un traitement antiphlogistique des plus énergiques. Telle est la terminaison ordinaire

des cas où, comme ici, une inflammation aiguë des parois vésicales vient s'enter sur une phlegmasie chronique ; tous les moyens de traitement demeurent trop souvent inutiles.

Un général célèbre eut, sans cause appréciable, une légère hématurie, à laquelle on opposa un traitement fort simple, le repos, la diète et des boissons délayantes. Cette hématurie se reproduisit quelques jours après. Un de mes confrères, appelé pour remédier à des difficultés d'uriner, retira par la sonde environ une pinte de liquide. Les accidens diminuèrent, sans toutefois cesser entièrement. On consulta deux autres praticiens qui s'occupent spécialement des maladies de l'appareil urinaire. Ils placèrent une sonde à demeure, qu'on fut obligé d'enlever au bout de quatre jours, parce qu'elle causait trop de douleurs. Le retrait de l'instrument ne procura que peu d'amélioration : la santé se détériora de plus en plus, et d'une manière rapide : il y avait de la fièvre et des hoquets, la prostation des forces était considérable, et une grosse tumeur, très douloureuse au toucher, s'élevait à l'hypogastre. On introduisit la sonde, qui ne fit sortir qu'environ un verre d'urine bourbeuse, épaisse et horriblement fétide. La tumeur, loin de s'affaisser, prit, au contraire, plus de développement. On pensa qu'il existait un fongus, auquel furent rapportés la tuméfaction vésicale, le pissement de sang et l'odeur repoussante de l'urine. Au moment où je vis le malade, les extrémités étaient froides, le pouls imperceptible, la prostration extrême, la tumeur élevée jusqu'à l'ombilic, et le ventre douloureux. Jugeant la mort inévitable, je m'abstins de toute recherche, même à l'extérieur. A quoi tenaient les désordres, et quelle était la nature de la tumeur hypogastrique ? Voilà les deux principales questions qu'on s'était faites et qui me furent posées. Je m'abstiens d'examiner les opinions émises avant moi ; elles ne soutiendraient pas la discussion. Le cas était fort simple, et ne présentait rien d'incompréhensible, si ce n'est les

interprétations auxquelles on s'était livré, et la pratique qu'on avait adoptée. Le malade était plus que septuagénaire; il urinait, comme beaucoup de vieillards le font, sans de grandes difficultés, mais lentement et incomplètement. La vessie avait éprouvé un certain degré de surdistension, et lorsque vint la malencontreuse pensée de placer une sonde à demeure, une phlegmasie chronique s'était déjà emparée d'elle. D'un état continuel et ancien de distension, elle passa tout-à-coup à celui de racornissement, ce qui, joint à l'irritation causée par le présence de la sonde, fit prendre un caractère aigu à l'inflammation. De là, tous les désordres locaux et généraux, qui n'avaient rien de surprenant ni d'insolite. La tumeur hypogastrique était évidemment formée par les parois gonflées, épaissies et peut-être infiltrées, de la vessie. Parvenue là, une cystite est mortelle, et en effet le général succomba le lendemain, sans que je l'eusse revu.

Le fait suivant offre quelque analogie avec celui-là. M. le docteur Petit me fit appeler pour voir un homme de soixante-et-dix ans, qui avait été pris subitement d'une légère hématurie, contre laquelle on employa sans succès les divers traitemens conseillés en pareil cas. Les informations que je pris me firent penser que depuis long-temps la vessie ne se vidait pas; mais, comme le malade ne souffrait point, qu'il éprouvait seulement des besoins un peu plus rapprochés, il avait jusque-là vécu dans une pleine sécurité. La vessie s'élevait au-dessus du détroit supérieur du bassin, et on la sentait à travers les parois abdominales, quoiqu'elle ne formât pas encore une tumeur rénitente; l'urètre était très irritable. Cependant la sonde pénétra sans peine, et donna issue à une pinte environ d'urine brune et légèrement fétide, sans dépôt considérable. Cette évacuation procura du calme; mais il y avait eu déjà de la fièvre, le malade était fort impressionnable, la vessie me parut sensible et à parois assez denses. Ce n'était pas le cas de mettre une sonde à demeure,

Je me contentai donc de vider le viscère aussi souvent que le malaise reparaissait; car les efforts du malade amenaient seulement quelques gouttes de liquide. Deux fois on différa trop d'introduire l'instrument, et du sang reparut dans l'urine. Au bout de quelques jours, la sensibilité de la vessie et de l'urètre fut diminuée; on fit quelques injections, d'abord tièdes, puis froides. Peu-à-peu le malade se rétablit.

J'ai traité de la même manière, et avec le même succès, un grand nombre d'autres sujets placés dans des conditions semblables ou analogues. Voici quelle est la gradation qu'on doit observer.

Toutes les fois que la sensibilité de l'urètre et du col vésical s'est accrue notablement, que la vessie n'a point été distendue fortement et long-temps, et que le malade conserve encore la faculté de se débarrasser d'une partie de l'urine, il suffit souvent de vider la vessie une ou plusieurs fois pour que les symptômes disparaissent. Mais lorsqu'à ces dispositions locales viennent se joindre de la fièvre, de l'agitation, de la sensibilité à l'hypogastre, il faut procéder avec plus de précautions et de ménagemens. Si la rétention n'est pas complète, si le malade parvient à rendre une partie de l'urine sans trop de fatigue et d'efforts, on commence par diminuer l'irritabilité de l'urètre et du col vésical par les moyens que j'ai indiqués en traitant des névralgies, et l'on a recours aux antiphlogistiques le mieux appropriés. Quelquefois il ne faut pas d'autre traitement : j'en ai cité des exemples. Dans d'autres cas, il y a urgence de recourir à la sonde pour vider le viscère, et c'est là un point très délicat. Non-seulement il importe d'introduire l'instrument avec beaucoup de ménagemens, mais encore on doit ne laisser couler l'urine qu'avec lenteur et par portions, ce qui est d'autant plus facile que le malade cesse de souffrir dès qu'on en a enlevé environ un verre. On s'abstient d'imprimer aucun mouvement à la sonde, on évite toute recherche, et pour peu

que l'hypogastre soit sensible, on n'exerce pas de compression dessus. Aussitôt que l'urine cesse de couler d'elle-même, on retire l'instrument sans secousses. Il faut revoir le malade quelques heures après; s'il a éprouvé des besoins d'uriner sans résultat, et qu'on sent la vessie s'élever au dessus des pubis, on a de nouveau recours à la sonde, avec les mêmes précautions. On procède de la sorte jusqu'à ce que la sensibilité locale et l'irritation générale aient diminué, et l'urine perdu au moins une partie de ses caractères morbides. A dater du second ou du quatrième jour, on essaie d'injecter un peu d'eau tiède dans la vessie, surtout lorsqu'il y a du dépôt qui sort avec les dernières gouttes d'urine. Mais il faut pousser l'injection avec lenteur, jusqu'à ce que le viscère s'accoutume au contact du liquide : on agit alors plus largement. En quatre à huit jours de ce traitement, le malade recouvre la faculté d'uriner sans sonde, ou s'il n'urine pas, il ne souffre plus ni de l'introduction de l'instrument, ni de l'injection, et alors l'on peut sans crainte placer une sonde à demeure, si les convenances l'exigent, tandis que quand on le fait dès le début, comme il est d'usage dans la pratique ordinaire, il peut survenir une cystite aiguë, qui manque rarement d'entraîner la mort. Ce triste résultat serait à craindre également si, après avoir vidé la vessie, on la laissait se distendre de nouveau.

Somme totale, le praticien ne perdra jamais de vue, dans les cas de cette catégorie : 1° que c'est principalement sous l'influence d'un travail inflammatoire de ses parois, notamment de sa couche musculaire, qu'il arrive à la vessie de perdre sa faculté contractile, ce qui a lieu, du reste, pour plusieurs autres viscères creux; 2° que l'indication la plus importante est d'aider l'organe à se débarrasser de son contenu, mais d'une manière lente et progressive; 3° enfin, que la moindre secousse peut faire passer la phlegmasie chronique à l'état aigu, et provoquer

au moins les plus graves accidens, sinon même amener la mort dans un laps de temps très court.

Quant au traitement général, lorsque la phlegmasie est passée à l'état aigu, il consiste dans l'emploi des moyens que la médecine possède contre les inflammations, tels que saignées locales et générales, bains prolongés, fomentations et applications émollientes, lavemens calmans répétés, boissons mucilagineuses abondantes.

Après que la première période est écoulée, je me trouve bien d'administrer des purgatifs salins, à petite dose, mais fréquemment répétés, de manière à obtenir deux ou trois selles molles tous les jours.

ARTICLE II.

De la rétention d'urine.

La rétention d'urine est un symptôme que divers états morbides des organes urinaires peuvent produire. Les praticiens s'en sont beaucoup occupé, parce qu'elle est très commune, qu'elle se présente fréquemment sous les dehors effrayans, et qu'elle peut entraîner à sa suite les désordres les plus graves, même la mort. Mais l'habitude de la considérer comme une maladie pour ainsi dire essentielle, et d'attribuer aux lésions qui la déterminent le caractère de simples causes, en a singulièrement compliqué l'histoire. Dans des ouvrages justement estimés d'ailleurs, on trouve les opinions les plus hasardées, les plus excentriques, en opposition avec ce que la pratique nous présente, et dans un grand nombre d'écrits spéciaux le nom de rétention d'urine ne semble avoir été inscrit en tête de ces publications que pour frapper les esprits vulgaires; car les effets palpables sont tout ce que le commun des hommes aperçoit d'abord, la seule chose à laquelle il ait égard. Un malade qui éprouve des besoins d'uriner, sans pouvoir les satisfaire, ne s'attache qu'à la ré-

tention d'urine, parce que c'est d'elle que dépendent immédiatement ses souffrances. Trop de médecins eux-mêmes n'ont pas porté leurs regards plus loin; ils ont considéré le symptôme comme la maladie principale, dont ensuite ils ont multiplié à l'infini les espèces. Mais cette méthode n'a pas seulement le défaut de répugner à la logique, puisque c'est de la cause à l'effet et non de l'effet à la cause qu'il faut procéder en médecine : elle a fait encore qu'on s'est exagéré souvent l'importance de la rétention d'urine, et qu'on a groupé ensemble des états fort différens, tels que les vices de conformation de la vessie, ses déplacemens, ses fongus, ses cancers, les abcès de ses parois, sa paralysie, les déviations de l'urètre, les coarctations simplement spasmodiques de ce canal, ses rétrécissemens organiques, et toutes les tumeurs, prostatiques ou autres, qui, en le comprimant, en le déformant, peuvent mettre obstacle à la sortie de l'urine. Pour reconnaître la vérité de ce que j'avance, il suffit de parcourir le paragraphe de la rétention d'urine dans le traité de Chopart, qui est le plus complet que nous possédions sur les maladies des voies urinaires : on y verra figurer la plupart des affections dont l'homme peut être atteint.

Mon projet n'est pas de tracer ici le tableau de tous les modes de rétention d'urine que le praticien peut rencontrer; il me faudrait pour cela tomber dans le défaut que je blâme chez mes prédécesseurs, et répéter ce que j'ai dit dans les chapitres précédens, en traitant de chacune des lésions qui sont capables de faire naître ce symptôme. Je me contenterai donc de présenter quelques remarques sur le diagnostic et le traitement de chaque espèce de rétention, après avoir exposé en détail l'histoire de celle qui survient dans le cas de rétrécissement considérable ou d'occlusion plus ou moins complète de l'urètre. C'est là, en effet, qu'il importe de l'étudier, à cause de sa fréquence et de sa gravité.

Outre les symptômes spéciaux des rétrécissemens organi-

ques de l'urètre dont j'ai fait l'exposé dans le premier volume de ce Traité, le malade éprouve encore, en ce qui concerne l'excrétion de l'urine, une série de désordres propres à fixer son attention.

Un des premiers phénomènes qu'il observe est la diminution de grosseur et le changement de forme du jet de l'urine ; il met plus de temps à se débarrasser du liquide, qui ne vient pas sur-le-champ, qui coule lentement, par un jet filiforme, aplati, tournoyant, bifurqué, éparpillé ; quelquefois l'urine tombe plutôt qu'elle n'est lancée, il n'y a pas de jet ; c'est goutte à goutte qu'elle coule, le malade est même obligé de pousser pour la faire sortir, et les besoins sont plus rapprochés. Ce phénomène a lieu alors même que la vessie possède une énergie qui serait suffisante pour lancer l'urine à une certaine distance si les voies étaient libres, et c'est ce qui distingue l'état de choses dont je traite actuellement de ceux dont j'ai parlé précédemment, et dans lesquels la vessie ne chasse pas. On rencontre ici une circonstance propre à induire en erreur, dont j'ai déjà eu maintes fois occasion de parler, et sur laquelle j'insiste avec d'autant plus de force qu'elle a échappé aux meilleurs observateurs, qu'elle entraîne souvent des suites fâcheuses.

Lorsqu'un obstacle s'oppose à la libre sortie de l'urine, la vessie peut passer à deux états opposés.

Tantôt elle cède pour ainsi dire sans réaction ; ses parois s'écartent autant que le permet la longueur de leurs fibres, elles s'affaiblissent, s'amincissent, et bientôt le viscère se trouve dans un état permanent de distension. L'urine coule, comme on dit, par regorgement ; il n'y a que le trop-plein qui sorte, et l'évacuation s'opère, jusqu'à un certain point, sans la participation de la vessie. Cet état est quelquefois primitif, par exemple, dans certains cas d'affection calculeuse, et dans beaucoup d'autres circonstances encore que j'ai relatées en traitant de la stagnation de l'urine.

Parfois aussi il est purement secondaire et consécutif à l'état dont je vais bientôt m'occuper; quoique moins grave alors, il exige pourtant une attention sérieuse. Mais, dans un cas comme dans l'autre, les choses ne sauraient demeurer long-temps stationnaires. La rétention d'urine, ou seulement la dysurie, force le malade de réclamer des secours avant que l'obstacle au cours du liquide soit devenu considérable. Ainsi, ce qu'il importe alors de constater d'abord, c'est que les symptômes de la rétention d'urine sont plus graves que ne le comporte la nature de l'obstacle à l'expulsion. Le cas rentre, jusqu'à un certain point, dans la catégorie de ceux que j'ai examinés en traitant de la stagnation de l'urine compliquée de rétrécissement urétral, de fongus au col de la vessie et d'engorgement prostatique. En raison de la faiblesse du pouvoir expulsif de la vessie, un obstacle peu considérable suffit pour arrêter la sortie du liquide. C'est ce qui fait que fort souvent cet obstacle a moins de gravité qu'on ne serait tenté de lui en attribuer, et qu'on parvient sans beaucoup de peine à le détruire.

Tantôt, au contraire, les parois de la vessie réagissent, se contractent de plus en plus, et acquièrent un développement progressif. Au bout d'un certain laps de temps, le viscère déploie une grande énergie, même sans que le malade en ait la conscience. Cette puissance contractile de la vessie augmente presque toujours en proportion de l'obstacle qui s'oppose à la sortie de l'urine, ce qui explique le volume anormal qu'acquièrent, en pareil cas, les fibres musculaires du corps de la vessie. Or, l'urine, chassée avec une telle force, forme, pendant quelque temps, un jet assez volumineux pour écarter toute idée de rétrécissement, en sorte que le malade passe plusieurs années dans une fausse sécurité, à quoi l'on doit ajouter l'aversion que lui inspire un traitement dont il cherche à éloigner jusqu'à la pensée.

Ainsi, d'une part, la maladie présente des phénomènes

insidieux, et, de l'autre, le malade aime à se faire illusion. De là naissent des désordres auxquels on ne saurait se montrer trop attentif, d'autant plus que les accidens sont déjà fort avancés lorsque le sujet se décide enfin à invoquer les secours de l'art.

Cependant, une époque arrive où les contractions vésicales, quelque force qu'elles aient acquises, ne suffisent plus pour faire passer l'urine à travers un rétrécissement dont l'étroitesse va toujours croissant. Le moindre excès de table ou de coït, l'équitation prolongée, un voyage en voiture, la plus légère surexcitation locale ou générale, met le malade dans la nécessité de faire des efforts répétés et prolongés, pour rendre quelques gouttes d'urine âcre et brûlante. Les efforts résultant de la contraction simultanée des parois abdominales et de la vessie, déterminent enfin un jet, mais vacillant, faible, aplati, bifurqué, tournoyant et faisant le tire-bouchon. Dès que le malade cesse de pousser, le liquide ne coule plus que goutte à goutte, entre les jambes, sur les genoux et la chaussure. A la fin, tout écoulement s'arrête, quoique le besoin persiste. Dans aucun cas, l'urine n'est expulsée en totalité ; souvent même, il n'en sort que fort peu, et c'est là ce qui rend raison du rapprochement des besoins.

Sous l'influence des bains, des lavemens, des applications émollientes, des saignées locales, d'un régime sévère, cet état s'améliore et les symptômes se calment souvent ; le cours de l'urine se rétablit, faiblement il est vrai, mais du moins le malade peut-il satisfaire les besoins qu'il éprouve.

Un nouvel écart de régime, toute irritation instantanée quelconque, fût-elle même légère, fait reparaître les difficultés d'uriner, ou, si elles n'avaient pas cessé, les exaspère, et le malade ne tarde point à se convaincre que sa position est critique. Quelquefois un écoulement urétral paraît à chaque infraction au régime, ou par toute autre cause. Pendant la nuit, les besoins d'uriner sont tellement rapprochés qu'ils

lui ravissent tout sommeil : à peine peut-il rester couché quelques instans : dix, quinze et vingt fois, il est obligé de se lever pour ne rendre que des gouttes. La verge se gonfle, le ventre grossit, le visage s'empourpre. A une sensation de prurit incommode le long du trajet de l'urètre succède une sorte d'ardeur, de cuisson, dont le malade se plaint beaucoup, qu'il rapporte surtout à l'extrémité de la verge, et qui s'accompagne de gêne, d'embarras, de pesanteur au périnée, de douleurs aux régions lombaire et sacrée. Le repos, la diète, les adoucissans soulagent encore, et, après quelques heures d'une crise pénible, le malade finit par recouvrer une certaine facilité d'uriner ; il peut même obtenir un calme assez long ; mais chaque retour des accidens le laisse plus inquiet, plus souffrant et plus soucieux qu'auparavant. Peut-être n'est-il pas de position plus pénible, ni de scène plus déchirante que celle qu'on voit en pareil cas. A chaque instant, les besoins se renouvellent, et les efforts pour les satisfaire redoublent de longueur et d'énergie ; la face se colore et devient vultueuse ; les yeux s'injectent et larmoient, le corps se couvre d'une sueur, qui ordinairement est fort abondante et exhale une odeur urineuse ; le ventre est tendu, rénitent, douloureux au toucher ; la tumeur formée par la vessie s'élève progressivement, arrondie, ovoïde ou pyriforme, à moins qu'un vice de conformation ou une disposition morbide acquise ne lui fasse prendre quelqu'autre forme. Par le fait de la présence des autres viscères abdominaux, et même sans causes appréciables, cette tumeur se déjette quelquefois de l'un ou l'autre côté ; les matières fécales sont expulsées involontairement ; les efforts amènent la sortie du rectum, produisent des hernies, quelquefois considérables, et déterminent même l'œdématie des extrémités inférieures ; le malade ne peut se contenir ; le désespoir s'empare de lui, et parfois il se roule à terre, comme un furieux ; la respiration devient pénible, accélérée, la fièvre s'allume, des mouvemens convulsifs

se manifestent, et avec eux le délire ou l'état comateux.

Dans cette série de symptômes de plus en plus graves et alarmans, le malade conserve rarement la faculté de recueillir et de transmettre ses sensations. Cependant, il rapporte d'abord ses souffrances à la verge, au périnée, au rectum, au pubis; puis les douleurs se propagent aux lombes, au sacrum, à la partie antérieure des cuisses, ou plutôt l'économie entière se trouve en proie à un état général d'angoisse. On a vu des douleurs ostéocopes et des éruptions cutanées survenir alors: plus d'une fois j'ai observé des taches à la peau et des douleurs dans des parties fort éloignées du siège des desordres.

Un tel état ne saurait durer long-temps. Tantôt le malade succombe au milieu des convulsions; tantôt, la vessie venant à se rompre, l'urine s'épanche, soit dans la cavité abdominale, et la mort ne tarde généralement guère; soit dans le tissu cellulaire, et les résultats, quoique plus lents, ne sont pas moins funestes. Dans le premier cas, au lieu d'offrir une tumeur dure et élevée, le ventre devient plus mou, mais plus uniformément gonflé, et les symptômes de la péritonite ne tardent pas à éclater.

Quelquefois cependant le malade, épuisé de souffrances et de fatigue, tombe dans une sorte d'anéantissement: il se plaint de ce que les forces lui manquent, et parvient même à s'endormir. La vessie cesse de se contracter, le besoin de pousser ne se fait plus sentir, et l'urine recommence à couler par gouttes, mais d'une manière continue. Si les sueurs persistent, elles sont froides. La langue, auparavant sèche et brûlante, se couvre d'un épais enduit blanchâtre, et souvent un goût d'urine se fait sentir dans la bouche. Là commence l'état consécutif d'inertie ou de paralysie de la vessie dont j'ai parlé plus haut, et par suite duquel les phénomènes prennent un tout autre aspect; c'est une sorte d'incontinence d'urine.

Le changement qui s'opère alors dans la marche de la maladie, a fait penser que les grands efforts auxquels s'abandonnent les malades et la contraction prolongée, soit de la vessie, soit des muscles abdominaux, sont plus nuisibles qu'utiles, en ce qu'ils amènent la stase du sang dans les organes génito-urinaires, et augmentent par là l'obstacle à la sortie de l'urine. Mais il y a une autre circonstance à laquelle on peut très rationnellement attribuer l'écoulement du liquide et l'amélioration, au moins apparente, qui se manifeste : c'est la cessation de l'état spasmodique du col de la vessie, et du rétrécissement urétral. La contraction s'étant dissipée, il ne reste plus que la lésion organique, telle qu'on la voit après la mort. Or, j'ai démontré que, dans la majorité des cas, le rétrécissement était moins serré que ne l'avaient fait croire la petitesse du jet et la difficulté d'introduire une sonde ou une bougie. Il y a donc nécessité d'établir une distinction entre l'effet pour ainsi dire vital et l'effet purement organique. L'importance de cette distinction se fera surtout sentir quand il sera question d'apprécier les moyens curatifs.

Rien ne semble plus facile que d'établir le diagnostic de la rétention d'urine. Cependant il se présente quelquefois des cas dans lesquels les phénomènes morbides ont un caractère d'anomalie qui peut induire en erreur. Ainsi plus d'un malade est traité pour des coarctations urétrales qui n'existent pas chez lui. Chez d'autres, on méconnaît la maladie, à la vérité quand elle est encore peu avancée. On a vu, entre autres, prendre la rétention d'urine pour une suppression, surtout chez des sujets dont la vessie était peu ou point extensible ; car il n'est pas rare alors de rencontrer tous les phénomènes et même tous les accidens qui la signalent, bien que le réservoir de l'urine ne contienne que quelques cuillerées de liquide. Dans les cas de racornissement de la vessie il peut y avoir rétention, même à un haut degré, sans que la vessie forme dans la cavité abdominale la tumeur

dont je viens de parler. La vessie dans ces cas peut même ne pas s'élever au-dessus de l'excavation pelvienne. Les explorations par le rectum et l'hypogastre deviennent presque inutiles, et l'emploi de la sonde, qui seule pourrait lever tous les doutes, est semé de difficultés. La marche à suivre, en ce qui concerne le diagnostic, n'est donc pas tracée d'une manière tellement nette et précise qu'il n'y ait jamais possibilité de rester dans l'incertitude. Le cas est rare néanmoins, et avec de l'attention, on finit généralement par bien fixer ses idées sur la nature de la maladie.

Une fois l'existence de la rétention d'urine constatée, il faut s'attacher à en déterminer la cause, ce qui a d'autant plus d'importance, qu'il s'agit d'états morbides essentiellement différens, et dont la portée n'est point la même eu égard, soit à la gravité du cas, soit au choix des moyens de traitement. Mais ici de nombreuses difficultés se présentent, et l'on voit tous les jours les praticiens les plus expérimentés commettre de graves méprises.

En général, la recherche des circonstances commémoratives, l'examen de l'état actuel du malade, l'étude de la marche des accidens et l'appréciation de leur intensité suffisent pour faire juger s'il s'agit d'un engorgement de la prostate, d'un défaut d'équilibre entre les forces du col et celles du corps, d'un rétrécissement du canal, d'une cystite, d'un calcul dans la vessie ou l'urètre, d'une maladie du rectum et des tissus voisins, ou d'une altération organique dont le col ou le corps de la vessie pourrait être le siège. Dans les cas douteux, il faut redoubler d'attention, car la plupart des malades ne fournissent guère que des renseignemens vagues sur les évènemens antérieurs à celui pour lequel ils consultent. On ne saurait donc apporter trop de soin à les interroger, ainsi que les personnes qui les entourent : il faut les mettre sur la voie, et leur adresser des questions ayant un rapport direct à la maladie que l'on se croit en droit de

soupçonner, car lorsqu'on les abandonne à eux-mêmes, ils s'attachent souvent aux plus insignifiantes minuties, effleurant à peine les traits d'où la lumière pourrait jaillir.

Les explorations locales, soit avec la bougie, soit avec la sonde, sont le moyen sur lequel on doit compter le plus. Elles seules peuvent faire éviter les méprises graves dont j'ai parlé, et qui n'auraient pas été commises, si de tout temps on ne les avait négligées, par une condescendance blâmable pour les préjugés et la pusillanimité des malades.

Il est des cas néanmoins dans lesquels elles ne fournissent pas toutes les données qu'on en attendait; quelquefois même elles deviennent impossibles à cause de l'état nerveux de l'urètre, ou par suite de rétrécissemens organiques considésables du canal. A la vérité, dans ces cas, l'existence d'un premier état morbide est constaté, et la rétention d'urine peut en être la conséquence, mais rien n'indique que cet état soit la seule ni même qu'il soit la plus puissante cause des accidens.

Nous avons vu que les explorations par le rectum et par l'hypogastre, sont insuffisantes aussi, et qu'elles peuvent même induire en erreur. Ces cas obscurs, compliqués, qui ne sont malheureusement pas rares, placent le praticien dans une cruelle incertitude.

La méthode de défalcation a également ses avantages ici; elle est d'autant plus utile que, plusieurs états morbides divers pouvant être la source des effets qu'on observe, la preuve acquise que tel ou tel d'entre eux ne saurait exister, conduit souvent à faire soupçonner que tel ou tel autre doit être plus particulièrement accusé.

La connaissance exacte de la nature et de la cause de la maladie étant acquise, on ne doit pas courir le risque de perdre un temps précieux à essayer des médications, au moins inutiles, sinon même nuisibles, comme les émissions sanguines, les purgatifs, les bains, les topiques, etc. Qu'atten-

dre, en effet, de ces moyens, si souvent mis en usage pourtant, quand la seule indication est de recourir à la sonde, et que les circonstances permettent de pratiquer le cathétérisme sans difficulté? De même aussi, on n'ira pas ajouter aux tourmens du malade, par des tentatives vaines et souvent mal faites d'introduction de la sonde, lorsque les moyens les plus simples et les plus doux suffisent pour faciliter la sortie de l'urine, et rendre les parties accessibles aux instrumens qui rétablissent l'urètre dans son état normal. Ici, plus encore que partout ailleurs, il importe de bien se rappeler que le désir de soulager promptement des souffrances aiguës ne doit jamais faire fermer les yeux sur les conséquences probables, ou même seulement possibles, d'un procédé expéditif, mais non en harmonie avec l'état des organes ou l'aptitude du chirurgien.

Après un excès de table, suivi du coït avec une femme saine, un homme robuste, âgé de vingt-six ans, éprouva des douleurs vives au col de la vessie, avec difficultés progressives d'uriner. On employa sans succès des sangsues en grand nombre, des boissons abondantes, des bains prolongés, des applications émollientes. Au sixième jour, la rétention d'urine était complète, avec douleurs intolérables et symptômes généraux extrêmement graves. Je fus appelé, et sur-le-champ je procédai au cathétérisme, qui était urgent : la sonde causa de vives douleurs en traversant l'urètre et surtout le col vésical : elle fit sortir environ une pinte et demie de liquide. Le malade fut à l'instant soulagé; mais l'instrument ne put être supporté à demeure, et il fallut le réintroduire trois ou quatre fois par jour. Pendant quinze jours, l'état général donna des inquiétudes : le sommeil et l'appétit avaient entièrement disparu, l'agitation était extrême, malgré les opiacés à haute dose. Cependant les accidens finirent par diminuer, le canal perdit son excès de sensibilité, surtout après la section d'une petite bride qui existait à l'orifice extérieur,

et la santé fut rétablie au bout d'un mois. L'opiniâtreté de la maladie me parut être la conséquence du retard mis à vider la vessie; si la sonde eût été introduite sur-le-champ, la guérison ne se fût pas fait attendre plus d'un jour ou deux, car l'expérience a appris qu'en pareil cas la rétention d'urine est l'effet d'un état spasmodique du col vésical qui réclame impérieusement l'emploi de la sonde, lorsqu'au bout de quelques heures le traitement antiphlogistique n'a pas réussi. Peut-être aussi le cathétérisme pratiqué à temps eût-il prévenu la mort de Ticho-Brahé, qui succomba, comme on sait, à une cystite dont ce grand mathématicien avait été atteint après s'être, dans un banquet à Prague, retenu d'uriner plus long-temps que ses forces et son genre de vie habituel ne le lui permettaient.

Ainsi, quand les accidens se sont déclarés d'une manière subite, à la suite d'excès dans les plaisirs de la table et de l'amour, ou après une résistance prolongée au besoin d'uriner, comme ils ne tiennent qu'à la rupture de l'équilibre entre l'action des fibres du corps et celle des fibres du col de la vessie, on s'empressera de recourir à la sonde, sans tenir compte de l'irritabilité du canal, qui se rattache à la distension du viscère, et qui cesse aussitôt qu'on a vidé ce dernier. Bien entendu que le sujet doit renoncer à son genre de vie, s'il a l'habitude de violer les lois de l'hygiène. J'ai connu un jeune homme de vingt-deux ans, fortement constitué, et faisant un grand abus des boissons spiritueuses, qui, dans l'espace de deux mois, eut cinq rétentions d'urine, toutes rebelles aux antiphlogistiques, mais dont chaque fois la sonde le délivra. Vainement je lui conseillai de la modération et l'emploi de moyens propres à diminuer la sensibilité de l'urètre et du col vésical; il n'était pas plus disposé à renoncer au vin qu'à suivre un traitement régulier, et je cessai de le voir.

La même marche est à suivre dans une foule d'autres cir-

constances où l'urine s'accumule sous l'influence de causes accidentelles, comme M. Dalmas en cite, par exemple, des cas chez les femmes atteintes d'hystérie, M. Andral dans des fièvres adynamiques et ataxiques, et Chopart dans la colique de plomb.

Les contusions des parois urétrales sont une cause beaucoup trop négligée de la rétention d'urine. En première ligne se placent celles auxquelles l'accouchement donne lieu si souvent. Rien n'est plus surprenant que le peu d'attention qu'on apporte aux fonctions de la vessie, après que la matrice s'est débarrassée de son contenu; le plupart des accouchées restent un et même plusieurs jours sans uriner. Cependant la fréquence des fistules vésico-vaginales, et plus d'un cas bien connu de rétention d'urine, suivie d'accidens graves et même de rupture mortelle de la vessie, annoncent assez combien cette négligence est blâmable, après un travail dans lequel l'urètre et le col vésical sont si exposés à des contusions et à des meurtrissures qui les rendent peu propres à laisser l'urine s'écouler librement. Aux faits de cette catégorie, il faut ajouter ceux dans lesquels l'accident tient, soit à l'application de la lithotritie, soit à l'introduction d'une bougie ou d'une sonde de gros calibre. La lésion des parois urétrales peut sans doute être très grave et exiger un traitement spécial qui a été exposé précédemment; mais je n'entends parler ici que des cas où il n'y a pas altération proprement dite de texture, et où l'action vitale seule est dérangée, puisqu'il suffit de ramener cette action à son rhythme normal, pour que tous les accidens cessent. En effet, dans plusieurs cas de ce genre qui se sont offerts à moi, je n'ai eu qu'à introduire une seule fois la sonde pour voir le cours de l'urine se rétablir. En général, lorsque la rétention d'urine résulte d'une distension ou d'une meurtrissure des parois urétrales, le canal est fort irritable, au point même que le malade supporte à peine le contact de la sonde:

c'est un motif pour procéder au cathétérisme avec beaucoup de ménagement. Quand il y a eu chute, ou contusion du périnée, l'introduction de l'instrument exige plus de précautions encore. Comme il peut se faire que, bien qu'on aperçoive à peine quelques traces de lésion aux tégumens, les parties sous-jacentes aient été meurtries, et qu'en conséquence elles se déchirent avec la plus grande facilité, on conçoit quels désordres entraîneraient les manœuvres violentes, ou seulement hasardées, du cathétérisme, surtout si elles étaient exécutées avec une petite sonde. Ces cas, heureusement rares, exigent une main exercée et l'emploi d'une grosse sonde : quelquefois même il est utile et nécessaire de recourir à la ponction.

Je me suis assez longuement occupé des troubles que les lésions de la prostate apportent aux fonctions de la vessie, pour pouvoir me borner à citer ici un exemple de rétention d'urine déterminée par cette cause.

Un homme, âgé de soixante-huit ans, d'une forte constitution, éprouvait depuis plusieurs années des difficultés d'uriner, auxquelles il ne faisait aucune attention. En 1836, il eut une rétention complète d'urine, dont la cause lui était inconnue, et se fit recevoir à l'hôpital Necker. J'eus beaucoup de peine à parvenir dans la vessie, à cause de la déviation considérable de l'urètre et du refoulement en arrière du col, résultats d'une tuméfaction énorme de la prostate. Le toucher par le rectum me fit sentir une tumeur volumineuse, qui rejetait cet intestin en arrière et en bas, mais sans me procurer aucun indice relativement à l'inclinaison qu'il convenait de donner à la sonde. J'avais fait choix d'une algalie très longue et à courbure courte, mais prononcée. Par le procédé que j'ai fait connaître, à l'aide d'une pression lente, graduée, soutenue, et en abaissant progressivement le pavillon, je parvins à faire pénétrer cette algalie dans la vessie : elle était enfoncée d'un pied, lorsque l'urine commença à couler. Le

liquide, chassé avec force, s'élevait à environ deux pintes : il était fétide, bourbeux et sanguinolent. J'éprouvai encore des difficultés pour substituer une sonde flexible à celle d'argent. Mais toutes les manœuvres furent conduites avec tant de prudence et de ménagemens, qu'il ne survint même pas de fièvre. Le malade porta des sondes pendant deux mois sans discontinuer. Quand on en cessa l'emploi, l'urine était lancée avec moins de force ; je fis des injections ; mais je reconnus bientôt qu'elles n'étaient pas nécessaires, la vessie possédant assez d'énergie. Les difficultés d'uriner n'étaient donc dues qu'à la tuméfaction de la prostate. La rétention se reproduisit au bout de quelques mois, et il fallut revenir à l'usage de la sonde en permanence.

J'ai examiné ailleurs les cas dans lesquels la partie prostatique de l'urètre et le col vésical sont déviés ou obstrués par des productions fongueuses développées au voisinage de ce dernier ; j'ai dit aussi que les rétentions d'urine qui se déclarent alors sont quelquefois insidieuses, et souvent plus graves, plus dangereuses, qu'on ne le pense au premier abord. Le cas suivant s'est présenté dans la pratique du docteur Cooper, à Londres.

Un septuagénaire, deux jours avant d'être atteint de rétention d'urine, avait rendu une grande quantité de sang par l'urètre, après quoi il éprouva de fortes envies d'uriner, nécessitant des efforts violens pour les satisfaire. Le malade, qui n'avait pas souffert jusque-là, s'alarma beaucoup. Il ne rendait que du sang liquide, et de loin en loin quelques caillots. Quoiqu'il n'eût pas de tumeur à l'hypogastre, on le sonda ; mais l'instrument n'évacua qu'un peu d'urine sanguinolente, et fit reconnaître la présence de caillots de sang dans la vessie. L'opération fut très douloureuse. Le pouls était petit et fréquent. Les moyens mis en usage calmèrent un peu les symptômes généraux, mais la vessie se développa et devint sensible, la douleur locale alla bientôt en augmentant,

et la mort eut lieu au sixième jour. L'urine rendue n'avait pas cessé d'être sanguinolente. On trouva la vessie distendue par un liquide trouble et noir; ses parois adhéraient aux intestins; la membrane muqueuse était noire, livide et détruite comme par macération. La prostate, légèrement hypertrophiée, avait son troisième lobe saillant dans la vessie, noirâtre et gangréné à la surface. Au niveau de l'uretère gauche existait une tumeur fongueuse, pédiculée, du volume d'une petite noix, à surface granuleuse, peu consistante.

Dans ces cas, comme dans ceux qui précèdent, le cathétérisme est souvent hérissé de difficultés. La rétention d'urine est donc alors un accident toujours grave, et qui mérite la plus sérieuse attention.

L'inflammation de la vessie s'observe quelquefois par suite de la rétention d'urine. Dans beaucoup de cas, l'organe ne s'enflamme que parce qu'il a été distendu outre mesure, et ensuite il ne cesse de se contracter que parce qu'il est enflammé, comme j'aurai plus loin occasion de le démontrer. Les auteurs, en parlant de cette espèce de rétention d'urine, en ont fait un tableau très sombre. Elle est grave sans doute; le cas rentre dans la catégorie de ceux que j'ai déjà fait connaître, et dans lesquels une cystite aiguë vient à se déclarer à la suite d'une phlegmasie chronique. Il serait inutile d'insister ici sur ce sujet; je me borne à dire qu'on doit se rappeler les précautions extrêmes qu'il est nécessaire de prendre pour pratiquer le cathétérisme. J'ajouterai que ces cas sont d'autant plus graves que trop souvent on permet à la maladie de faire des progrès considérables; mais, quand on observe les précautions que j'ai indiquées en traitant des maladies du col vésical, et sur lesquelles je reviendrai, on parvient à introduire une sonde sans occasioner de fortes douleurs, ni donner lieu à des accidens redoutables. Ici se rapportent les dysuries et les stranguries

déterminées par les cantharides, dont on connaît plusieurs exemples.

Parmi les causes assignées à la rétention d'urine, on cite l'épaisseur contre nature des parois vésicales, et cela parce que l'ischurie se voit souvent chez des vieillards et des ivrognes dont la vessie est hypertrophiée. On dit qu'alors le viscère est moins sensible aux impressions de l'urine, que ses parois, épaisses, dures et presque calleuses, sont moins flexibles et résistent à la contraction, et que les malades font de vains efforts pour expulser l'urine, surtout si le col est racorni et presque oblitéré. Ce passage, que je copie presque littéralement dans Chopart, atteste qu'on a pris ici l'effet pour la cause, outre qu'il implique contradiction avec les causes assignées à l'hypertrophie de la vessie. Il est évident, en effet, que cette dernière disposition du réservoir de l'urine est la conséquence des efforts continuels et progressifs que l'organe est obligé de faire pour chasser son contenu à travers l'urètre ou le col vésical rétréci, induré, dévié, ou de la stimulation permanente que détermine la présence soit d'un corps étranger, soit de toute autre cause irritante. J'ai fait connaître les précautions qu'il convient de prendre dans l'emploi des divers modes de traitement qui conviennent le mieux, tant pour prévenir les accidens que pour combattre la rétention d'urine.

Lorsqu'enfin la rétention d'urine tient à un ou plusieurs rétrécissemens de l'urètre, le cas peut devenir fort grave. Non-seulement, comme je l'ai dit, le diagnostic offre parfois de l'incertitude, mais encore la thérapeutique présente beaucoup d'écueils. En pratiquant le cathétérisme, on rencontre de grandes difficultés, souvent inexplicables, bizarres, mais bien réelles néanmoins, et tous les praticiens s'accordent à dire qu'il peut aggraver l'état du malade, provoquer même les accidens les plus alarmans. D'un autre côté cependant, il y a urgence de faire cesser la rétention

qui accompagne la lésion organique et en accroît le danger; car il ne faut jamais perdre de vue qu'une vessie trop distendue est exposée aux plus sérieux désordres, qu'elle peut même se rompre, et que d'ailleurs les efforts continuels du malade paralysent jusqu'à un certain point l'action des antiphlogistiques.

Aussi les opinions sont-elles partagées sur la question de savoir ce qu'il faut faire en pareil cas. Peut-être même y a-t-il impossibilité de fixer aucune règle absolue, puisque la conduite du chirurgien doit nécessairement varier en raison des circonstances et de sa propre dextérité. En effet, un praticien exercé au cathétérisme n'hésitera point à sonder, tandis que celui qui n'a pas la même habileté se montrera prudent en ne courant qu'à la dernière extrémité les chances hasardeuses d'une opération qui peut devenir funeste, quand elle ne réussit pas sur-le-champ.

D'ailleurs, l'expérience prouve que cette dernière conduite est souvent couronnée d'un plein succès, et que si elle ne dispense pas de recourir à la sonde, du moins elle en rend l'introduction plus facile, moins doulouloureuse et inoffensive. Mais les moyens très actifs sont ceux qu'on doit alors mettre en usage. Les émissions sanguines se placent au premier rang; les sangsues méritent la préférence sur la saignée ordinaire, à moins qu'il n'y ait urgence d'opérer une prompte déplétion des vaisseaux. Les bains prolongés, entiers ou de siège, les affusions d'eau chaude sur le scrotum, le périnée et les cuisses, les applications émollientes les lavemens, simples ou opiacés, sont utiles, et l'on doit se hâter d'y recourir Comme à la cessation des efforts succède, dans beaucoup de cas, un écoulement, même assez facile, de quelques gouttes d'urine, on a tenté de produire cet affaissement par les narcotiques à hautes doses; les purgatifs drastiques, les vomitifs ont été aussi conseillés dans le même but.

Cette méthode, employée avec énergie, diminue de beau-

coup le nombre des cas dans lesquels il faut recourir tout d'abord à la périlleuse ressource du cathétérisme évacuatif. Cependant elle échoue quelquefois, et il faut alors se résoudre à pratiquer l'opération. C'est la grosseur du jet de l'urine avant l'attaque de rétention qui règle le choix des instrumens. En général donc on est obligé de les prendre très petits, ce qui exclue souvent l'usage des sondes flexibles. Du reste, la conduite à tenir pour les introduire est exactement celle que j'ai fait connaître en décrivant la méthode de guérir les rétrécissemens organiques de l'urètre par la dilatation permanente. J'ajouterai toutefois qu'il m'est fréquemment arrivé de soustraire le malade à cette espèce de cathétérisme forcé, bien différent sans doute de l'ancien, mais toujours douloureux et fatigant, en combinant le traitement médical dont je viens d'exposer les bases avec l'introduction de très petites bougies, qui, presque toujours, s'engagent assez, non pour opérer la dilatation, mais pour faire cesser la principale cause des accidens, le spasme de la portion rétrécie du canal. Que la rétention plus ou moins complète et prolongée de l'urine dépende d'un état spasmodique de l'urètre ou du col vésical, de l'induration des parois urétrales ou d'un rétrécissement organique, le traitement est conforme à ce que j'ai dit dans les deux premiers volumes de ce Traité, auxquels je suis obligé de renvoyer pour les détails, afin d'éviter des répétitions. Un simple résumé aurait l'inconvénient de laisser de côté des développemens dont la théorie fait bon marché, mais qui sont indispensables aux praticiens.

Je me bornerai à citer ici un nouveau cas de rétention produite par un état de spasme de l'urètre et du col vésical. J'ai en ce moment sous les yeux une jeune femme, d'un tempérament nerveux très prononcé, bien réglée, intacte sous le rapport des organes génitaux, car la membrane hymen resserre l'orifice du vagin au point de le rendre presque aussi étroit que celui de l'urètre. Cette per-

sonne éprouve depuis quelque temps, à des intervalles plus ou moins rapprochés, et surtout aux époques menstruelles, des difficultés d'uriner telles qu'on a été souvent obligé de recourir à la sonde. Tous les moyens du ressort de la médecine interne ont échoué. Enfin on a cru à l'existence d'une pierre, et c'est par suite de cette conjecture que j'ai été consulté. Je n'ai pas trouvé de calcul, mais j'ai été frappé, en introduisant la sonde, de la raideur, de l'induration des parois urétrales et du col de la vessie. De prime abord, on aurait cru à l'existence d'un rétrécissement organique, tant la sonde avait de peine à passer, et tant elle était serrée. Lorsqu'elle parvint dans la vessie, l'urine fut lancée avec force jusqu'à la dernière goutte, bien que la femme fût couchée horizontalement. Il ne m'en fallut pas davantage pour être convaincu que la vessie possédait assez de contractilité, et que la rétention d'urine ne pouvait être attribuée à son atonie. Je cherchai à combattre l'état spasmodique de l'urètre et du col vésical par des bains, des lavemens, mais surtout par des bougies de plus en plus grosses, introduites tous les jours, et retirées au bout de cinq minutes. La présence de ces bougies provoquait des contractions vésicales assez fortes pour les chasser elles-mêmes, avec la petite quantité d'urine existant dans son réservoir. Pendant le traitement, il survint plusieurs rétentions; mais constamment aussi, dès que la sonde était parvenue dans la vessie, la malade se tenant couchée, l'urine fut lancée jusqu'à la dernière goutte. Ce liquide était normal, et une fois la vessie vidée, la jeune personne se trouvait dans un état ordinaire de santé. L'une des rétentions, survenue au cinquième jour, existait depuis douze heures, lorsqu'on introduisit la sonde : la vessie s'élevait jusqu'à l'ombilic; l'urètre offrait moins de raideur que pendant les premiers jours, et néanmoins, malgré leur énergie, les contractions vésicales ne suffisaient pas encore pour triompher de sa résistance. Il

n'y avait point à s'occuper ici de la vessie, puisque le resserrement spasmodique du canal était l'unique cause des désordres. Ce resserrement finit par céder au traitement que j'ai indiqué, et depuis lors la vessie a fonctionné comme dans l'état normal.

Dans de pareils cas, l'introduction de la sonde exige beaucoup plus de précautions que les auteurs n'en recommandent. La constriction exercée sur l'instrument en rend le passage difficile et surtout fort douloureux, si l'on ne procède pas avec lenteur. Chez deux des malades qui m'ont fait appeler, d'autres chirurgiens avaient renoncé au cathétérisme, dans la crainte de faire fausse route, tant la résistance était grande. Ce n'est pas assez non plus que de guérir le sujet : il ne faut pas le perdre de vue, tant ces sortes de rétentions d'urine ont de tendance à récidiver, et s'il n'est pas à portée de recevoir les secours d'un chirurgien exercé, on doit lui apprendre à se sonder, afin qu'il puisse parer à des éventalités soudaines.

ARTICLE III.

Des conséquences indirectes ou médiates de la stagnation et de la rétention d'urine.

Les états morbides qui viennent d'être examinés sous les noms d'atonie de la vessie, de stagnation et de rétention d'urine, outre les phénomènes immédiats dont ils déterminent la manifestation, entraînent d'autres conséquences encore, qui, pour être moins directes, n'en méritent pas moins une étude sérieuse. Les unes, telles que l'hématurie, l'incontinence d'urine, le catarrhe, l'ulcération, la perforation et la rupture de la vessie, sont l'effet de l'accumulation même de l'urine, agissant sur l'organe dans lequel elle a lieu, ou sur ceux qui y amènent ce liquide, c'est-à-dire, les reins et les uretères. Les autres se prononcent dans les appareils

plus ou moins éloignés de celui dont la fonction est de sécréter, de recevoir et d'expulser l'urine. Des chapitres spéciaux seront consacrés à l'incontinence d'urine, à l'hématurie et au catarrhe vésical. Quant aux autres phénomènes morbides, comme ils n'exercent souvent pas d'influence notable sur les déterminations du praticien, je me bornerai à en faire le sujet de remarques sommaires, et cela d'autant mieux qu'ils passent fréquemment inaperçus, soit par défaut d'attention, soit parce qu'on ne découvre pas la relation qu'on aime à trouver entre l'effet et la cause.

I. *Effets sur les reins et sur les uretères.*

Lorsque, par une circonstance quelconque, l'urine séjourne trop long-temps dans son réservoir, les reins et les uretères éprouvent deux influences morbides, l'une purement mécanique, l'autre vitale et sympathique. On sait combien est intime la connexion qui existe entre les reins et la vessie. Quand celle-ci souffre, de quelque manière et par quelque cause que ce soit, les reins s'en ressentent, ils fonctionnent mal. Ainsi, par exemple, une légère surexcitation du col ou du corps de la vessie active la sécrétion urinaire : si cette irritation augmente, la sécrétion diminue ; si elle devient plus grande encore, les reins cessent de remplir leur office. De même, l'analyse chimique, l'examen microscopique et jusqu'aux simples sens quelquefois, démontrent des variations presque infinies dans la nature et les caractères de l'urine chez des personnes atteintes d'affections de la vessie qui n'entraînent la production d'aucun liquide additionnel propre à expliquer ce changement, comme sont, entre autres, certains engorgemens de la prostate, quelques fongus, et les indurations des parois vésicales sans catarrhe.

Pour que la sécrétion rénale puisse s'exécuter d'une manière normale, il faut que le produit en soit évacué librement, sans efforts de la part de l'organe. C'est ce qui ar-

rive dans l'état de santé : dès que la vessie se trouve assez pleine pour que l'urine ne puisse plus s'y amasser aisément, elle se contracte et chasse son contenu. Mais, qu'il y ait un obstacle au col ou dans l'urètre, ou que la vessie, ne possédant plus assez d'énergie pour se débarrasser, demeure long-temps dans un état de plénitude, les reins sont obligés à des efforts continuels pour pousser le liquide à mesure qu'ils le produisent. Alors non-seulement les uretères se dilatent d'une manière tantôt uniforme et tantôt inégale, mais encore les reins eux-mêmes sont gênés dans leur fonction par l'urine qui ne cesse de les baigner, et les calices, les bassinets acquièrent plus d'ampleur. Les lésions que l'ouverture des cadavres fait découvrir ne diffèrent point de celles qui succèdent à d'autres maladies graves de la vessie. Je n'en citerai qu'un seul exemple, emprunté à Chopart ; un enfant étant mort à la suite d'une chute qui détermina une rétention d'urine par paralysie de la vessie, on trouva les uretères très dilatés à leur orifice vésical, dans lequel aurait pu facilement s'introduire une grosse sonde. Bon nombre d'autres faits analogues sont consignés dans les auteurs, et j'en ai moi-même observé beaucoup.

J'ai l'intime conviction que l'état normal de la portion de l'appareil urinaire destinée à la réception et à l'excrétion de l'urine, est la principale des causes sous l'empire desquelles se développent la plupart des maladies des reins et des uretères, qui me paraissent avoir été envisagées, depuis quelque temps surtout, d'une manière infiniment trop abstraite. J'ai connu des malades qu'on disait atteints d'albuminurie ou de diabète insipide, n'avoir en réalité qu'une névralgie du col vésical, avec atonie du corps de la vessie, qu'il m'a suffi de faire cesser pour voir disparaître les caractères insolites de l'urine. J'en dirai autant des douleurs sourdes et vagues, mais opiniâtres, que beaucoup de malades ressentent aux lombes, et dans lesquelles on veut toujours voir des indices

de lésions rénales, tandis qu'elles sont souvent la conséquence d'un simple trouble fonctionnel de la vessie. Aussi en suis-je venu à me demander si les véritables maladies des reins déterminent jamais de semblables douleurs.

Dans tous les cas, et sans prétendre nier que les reins finissent quelquefois par devenir le siége de lésions organiques profondes chez les sujets atteints d'atonie vésicale prolongée, car soutenir une pareille thèse serait aller directement à l'encontre des faits et des ouvertures de cadavres, je demeure persuadé que la meilleure manière de prévenir ces altérations, comme de faire cesser les douleurs lombaires, est de traiter l'urètre et la vessie, tandis qu'en se bornant à agir sur les reins, on échoue, ou l'on n'obtient que des effets temporaires.

II. *Effets sur les tégumens.*

J'ai parlé, dans le Traité de l'affection calculeuse, des taches et autres exanthèmes dont cette maladie détermine assez fréquemment l'apparition. Des malades qui, au lieu de la pierre, avaient simplement une paresse de vessie, et urinaient avec plus ou moins de difficulté, m'ont également offert des éruptions cutanées, qui, attribuées à d'autres causes par mes devanciers, et combattues sans succès de diverses manières, ont disparu sans traitement spécial dès que le cours normal de l'urine a été rétabli. Ce phénomène varie en raison du degré de force avec laquelle la vessie se contracte pour chasser son contenu. Dans les cas d'atonie, de paralysie plus ou moins complète du viscère, ce sont des taches brunes, peu marquées, qui se développent avec lenteur, et durent en général long-temps. Lorsqu'au contraire la vessie se contracte avec énergie, et que le malade se livre depuis quelque temps à des efforts considérables pour expulser l'urine, on observe une véritable éruption, tantôt bornée à quelques points seulement, et tantôt étendue à tout le

corps. J'ai rencontré une de ces éruptions générales chez un adulte affecté de rétention d'urine par suite d'un rétrécissement urétral et j'ai en ce moment, sous les yeux, à l'hôpital Necker, un enfant de cinq ans, chez lequel des fragmens calculeux, arrêtés dans l'urètre, ont donné lieu à des difficultés d'uriner, qui elles-mêmes ont entraîné la manifestation d'une éruption considérable à la partie supérieure du corps, notamment au col et à la face.

M. Rayer, bien qu'il se soit beaucoup occupé des maladies de la peau, assure n'avoir jamais observé ce phénomène, et il paraît ne pas avoir eu non plus connaissance de ce que j'en ai dit dans le Traité de l'affection calculeuse, puisqu'il se borne à citer Lorry, qui en avait vu quelques cas.

Ces indications suffiront, j'espère, pour mettre à même d'éviter des erreurs de diagnostic. Du reste, je n'ai point remarqué qu'il fallût rien changer au traitement. On comprend que je n'ai pas dû m'occuper de l'affection cutanée, qui est absolument secondaire. Je n'y ai eu égard que par rapport au pronostic, qu'elle ne peut manquer de modifier ; car, il faut que la maladie principale ait jeté de profondes racines pour porter son influence sur une partie du corps qui, habituellement, n'a que des relations indirectes avec l'appareil urinaire.

III. *Effets sur les extrémités inférieures.*

Il en est de même d'un autre phénomène que j'ai observé plusieurs fois aussi à la suite des difficultés prolongées d'uriner. Je veux parler de douleurs que certains malades éprouvent à la face interne de l'une ou l'autre jambe, et même à la plante des pieds. Il en a déjà été fait mention dans le Traité de l'affection calculeuse, et dans les chapitres consacrés tant aux névralgies de l'urètre et du col vésical, qu'aux lésions de la prostate. Celles de ces douleurs qui sont la conséquence de la stagnation de l'urine ne m'ont point

paru présenter de différences notables, ni quant à leur nature, ni sous le rapport du traitement. Elles disparaissent, comme tous les autres symptômes, à mesure qu'on parvient à rétablir l'excrétion de l'urine. Ce qu'il importe surtout, c'est de ne pas les confondre avec celles qui dépendent d'abcès survenus dans diverses parties du corps pendant le traitement des maladies de l'appareil urinaire. Les douleurs qui précèdent la formation de ces abcès, ont des caractères spéciaux, que j'ai fait connaître. Celles dont il s'agit ici sont sans fièvre, sans réaction générale. Elles se manifestent surtout quand le malade éprouve le besoin d'uriner, et lorsqu'il vient de satisfaire ce besoin. Rarement elles sont permanentes, et s'il leur arrive parfois de durer long-temps, elles ont alors peu de vivacité.

IV. *Effets sur le cerveau, le poumon et le cœur.*

On a de la peine à se rendre raison d'un phénomène assez commun, qui consiste en ce que l'urine accumulée dans la vessie, par le fait de la faiblesse ou du défaut de contraction des parois de ce viscère, détermine, à une certaine époque de la maladie, un état en tout semblable, par ses conséquences, à celui qui résulte d'un obstacle dans l'urètre, la vessie possédant toute sa puissance expulsive. Cependant le cas se présente presque à chaque instant dans la pratique.

J'ai reçu dans le service des calculeux un sexagénaire que son médecin m'adressa en disant qu'il était calculeux de longue date. En effet, ce malade souffrait beaucoup, et depuis long-temps, pour uriner. Au moment de son entrée à l'hôpital, la rétention d'urine était complète : il y avait du délire, avec fièvre intense, diarrhée, perte de la parole et hémiplégie, mais le sujet ne faisait aucun effort pour uriner. Le cathétérisme évacuatif diminua la plupart des accidens, à l'exception de la stupeur, qui persista plusieurs jours. L'urine retirée par la sonde était trouble, fétide, fortement co-

lorée, et chargée de mucosités. On combattit les troubles généraux par des moyens appropriés. Deux jours après, on plaça une sonde à demeure. Sous l'influence de ces moyens, et de frictions avec la teinture de cantharides, le côté paralysé recouvra ses mouvemens, d'une manière lente, mais progressive. La sonde gêna pendant les premiers jours ; le malade finit cependant par ne plus s'en plaindre, malgré la formation d'un vaste abcès au périnée. Le foyer, largement ouvert, donna issue à une petite quantité du pus et à beaucoup d'urine sanguinolente. Il fallut plusieurs semaines pour que la plaie se fermât et que la santé fût entièrement rétablie.

Lorsqu'un malade a été long-temps tourmenté par des difficultés d'uriner, indépendamment de la rétention d'urine qui le menace, il est fortement exposé aux congestions sanguines vers le cerveau. On ne saurait croire combien est grand le nombre des sujets qui succombent à une apoplexie dépendante de cette cause. J'en ai relaté quelques cas, auxquels je ne crois pas nécessaire d'en ajouter d'autres ici. Les efforts plus ou moins considérables, et presque toujours long-temps continués, auxquels les malades se livrent pour débarrasser leur vessie, expliquent sans peine ce funeste résultat.

Les congestions vers le poumon sont plus rares que celles vers le cerveau ; j'en ai cependant observé plusieurs exemples, parmi lesquels je choisis le suivant : Un coiffeur croyait avoir la pierre parce qu'il éprouvait de grandes difficultés d'uriner. Il était même attaqué de rétention incomplète d'urine lorsqu'il se présenta à l'hôpital, vers la fin de 1834. Il avait de plus une hémoptysie, qui m'inspira des inquiétudes, malgré le calme du malade, au dire duquel il en était déjà survenu, quelque temps auparavant, une beaucoup plus considérable, dont la terminaison avait été heureuse. L'obstacle au cours de l'urine dépendait ici d'une atonie de la

vessie et d'une lésion du col vésical, accompagné d'une grande irritabilité de l'urètre. Toutefois, la prostate ne faisait pas saillie du côté du rectum; mais la bougie s'arrêtait au col, et quand on la pressait un peu contre l'obstacle, on la retirait rebroussée, avec de petites saillies et anfractuosités, comme si elle avait rencontré un corps dur et rugueux, particularité que j'ai notée en traitant des engorgemens de la prostate et des fongus du col vésical. Je combattis la névralgie de l'urètre, puis j'appris au malade à se sonder et à se faire des injections, en lui recommandant d'y avoir recours de temps en temps, pour ne pas perdre l'amélioration qui avait été obtenue. L'hémoptysie ne reparut plus.

J'ai eu fort souvent occasion de signaler l'intermittence des accidens fébriles qu'entraînent les lésions des organes urinaires. Dans les cas de gravelle et de pierre, comme dans ceux de rétention d'urine, ou même à la suite d'une simple introduction de bougie ou de sonde, on voit souvent survenir de véritables accès de fièvre intermittente, qui se reproduisent parfois avec une grande régularité. On a expliqué ce phénomène par différentes hypothèses, toutes peu satisfaisantes, ou seulement applicables à certains cas spéciaux. C'est ici qu'il faut rapporter la fièvre intermittente pernicieuse néphrétique d'Alibert, la néphrite intermittente quotidienne de M. Mongellaz, et la pyro-néphrite calculeuse de M. Rayer.

V. *Effets sur la vessie.*

Rien ne varie plus que la couleur de la face interne de la vessie après la mort. Tantôt elle est d'une pâleur remarquable, ce qui arrive surtout lorsqu'il y a atrophie, avec surdistension : on dirait alors que l'organe est devenu exsangue; tantôt elle offre des traces sensibles d'injection; quelquefois même cette dernière est considérable, de sorte que la membrane muqueuse paraît brune, violacée ou noirâtre.

La vessie peut se ramollir au point que la moindre pression exercée sur ses parois suffise pour la déchirer. J'ai eu plusieurs fois occasion de constater par l'autopsie ce ramollissement, qui n'avait point été soupçonné pendant la vie; on avait seulement remarqué que la vessie possédait un faible pouvoir d'expulsion, qu'elle chassait péniblement et incomplètement son contenu ; mais cette donnée ne suffisait pas pour établir le diagnostic, puisque la stagnation de l'urine a lieu très fréquemment sans que les parois vésicales soient ramollies. Presque toujours alors, la surface interne de l'organe était fort pâle, et la membrane muqueuse molle. Les tissus sous-jacens n'avaient ni plus de coloration, ni plus de consistance. Dans l'un des premiers cas qui se sont offerts à moi, la seule pression du doigt, en soulevant le sommet de la vessie, a suffi pour déterminer une perforation. Tantôt il n'existait aucune trace de phlegmasie, et la surface interne était parfaitement blanche; tantôt aussi, cette surface présentait une légère teinte verdâtre, ce qui correspond sans doute au ramollissement gélatiniforme décrit par M. Cruveilhier.

Ces diverses particularités sont d'autant plus importantes à noter que des auteurs graves en ont tiré de fausses conséquences. Parce que la vessie n'était pas épaissie, enflammée, on concluait que l'urine ne l'avait point fatiguée. Or, c'est là une erreur manifeste ; car nous voyons souvent, dans cet organe comme dans beaucoup d'autres, la vie diminuer et finir par s'éteindre sous l'influence d'une cause morbifique sans qu'il y ait le moindre travail réactionnaire, ou du moins sans que ce travail, s'il a lieu, soit apparent et laisse de traces, alors même que les accidens avaient été graves pendant la vie. Le fait a été reconnu par Morgagni ; d'autres observateurs l'ont vérifié, et, pour mon propre compte, j'en ai recueilli un assez grand nombre d'exemples, de quelques-uns desquels j'ai donné les détails dans le Traité de l'affec-

tion calculeuse. Or, ce qui est fréquent chez les calculeux n'est point rare non plus chez les personnes qui, n'ayant pas la pierre, éprouvent des désordres du côté de l'appareil urinaire.

C'est dans ces cas surtout de ramollissement des parois vésicales, et d'affaiblissement progressif de la résistance vitale dans les tissus qui les constituent, qu'on observe la rupture de l'organe.

Bonet parle d'un homme de trente ans qui, sortant de table pour aller satisfaire un besoin d'uriner auquel il avait long-temps résisté, fit une chute de quinze pieds. On le trouva sans connaissance. Il revint bientôt à lui, éprouvant une vive douleur à l'hypocondre droit et vers le cartilage xyphoïde; ses efforts pour uriner n'aboutirent qu'à lui faire rendre quelques gouttes d'urine sanguinolente. La sonde, introduite le lendemain seulement, évacua une grande quantité de liquide ayant le même aspect. Les accidens n'en persistèrent pas moins, et même s'accrurent : il survint des hoquets, des suffocations, des défaillances; on sentait un amas de liquide dans l'abdomen. La paracentèse, qui donna issue à environ six onces de sang, parut procurer un peu de soulagement; mais le malade ne tarda pas à succomber. On trouva beaucoup de sang épanché, et la vessie largement déchirée vers son bas fond, du côté du rectum.

Hunter cite le cas d'une femme enceinte qui éprouva une rétroversion de la matrice en glanant. Il résulta de là une constipation opiniâtre et une rétention d'urine. On tenta en vain le cathétérisme; la sonde s'arrêtait à un ou deux pouces, et il ne sortait pas une goutte d'urine. La malade dit qu'elle sentait quelque chose crever dans son ventre, et fit une fausse couche. On la sonda aussitôt après, sans obtenir d'urine, quoique l'instrument eût pénétré dans la vessie. La mort ayant eu lieu le lendemain, on trouva neuf à dix pintes d'urine dans l'abdomen : la vessie était vide, flasque et

rompue vers son fond; on pouvait passer le doigt par la crevasse, dont les bords étaient gangrénés.

Les accidens de ce genre sont heureusement assez rares. Les auteurs y ont rattaché une série de symptômes d'après lesquels on croirait toute méprise impossible. Cependant les autopsies ont plus d'un fois fait reconnaître des perforations de la vessie dont on n'avait eu aucun soupçon pendant la vie.

Le docteur Hauff a rapporté l'observation d'un homme qui, après avoir bu beaucoup de vin doux, éprouva, à table même, une vive douleur abdominale, rendant tout mouvement insupportable; le ventre n'était pas tendu, ni la région vésicale tuméfiée; une petite quantité d'urine sortit par la verge. Cependant la mort eut lieu le quatrième jour, après le cortège de symptômes qui annonce une péritonite intense. La vessie était racornie, très épaisse et perforée : il y avait de l'urine épanchée dans la cavité abdominale.

Un jeune homme se présente à l'Hôtel-Dieu ayant reçu un violent coup de pied à la région hypogastrique : douleur vive, pissement de sang à plusieurs reprises, pouls petit, fréquent et serré, face grippée, extrémités froides; tout annonce une vive affection abdominale, une péritonite. Mais on hésita à se prononcer sur la cause de la maladie, parce que, d'après les opinions reçues, la mort aurait dû survenir en vingt-quatre ou trente-six heures après la rupture de la vessie. Cependant l'expérience a prouvé que les épanchemens d'urine dans la cavité abdominale ne sont pas toujours aussi promptement mortels; quelques malades y survivent long-temps, et il y en a même qui se sauvent, comme j'en ai cité un exemple dans le Parallèle. Chez plusieurs de ceux qui avaient survécu quelques semaines, j'ai observé, ce que Dupuytren avait déjà fait, des péritonites partielles, des fausses membranes, des adhérences. Mais, dans quelques-uns de ces cas, on ne s'était même pas douté que la

vessie eût été rompue, à cause de l'absence presque totale des symptômes qu'on a coutume de s'attendre à rencontrer alors.

En général, lorsque la vessie se déchire, l'accident est déterminé par un coup, une chute, un ébranlement, une violence quelconque exercée sur elle au moment où elle se trouvait pleine d'urine. Il semblerait donc dépendre surtout de l'impulsion imprimée au liquide par un mouvement brusque. Mais l'affaissement, l'atrophie, des parois vésicales chez les sujets qui en ont offert des exemples, donne à penser que cette disposition y contribue aussi pour beaucoup, en diminuant la résistance aux efforts que fait l'urine, dont la quantité croît à chaque instant, et il n'est pas improbable que l'atonie de la vessie puisse quelquefois être la seule cause occasionnelle de la rupture, qui serait alors spontanée, en ce sens du moins qu'elle dépendrait de la seule pression du liquide, sans concours d'une impulsion extérieure. On comprend d'ailleurs que toute violence directe soit à plus forte raison capable de la produire, ce qui explique ces passages inaperçus de la sonde à travers les parois vésicales, dont on trouve des exemples dans les auteurs, et démontre combien il importe, lorsqu'on place un de ces instrumens à demeure, de le fixer de manière à ce qu'il fasse le moins de saillie possible dans l'intérieur de la vessie.

Lorsqu'on est appelé auprès d'un malade chez lequel la mollesse des tissus, la faiblesse de la constitution et l'ensemble des phénomènes morbides font présumer que la vessie a des parois minces, molles et sans résistance, on ne saurait donc prendre trop de précautions en plaçant la sonde, car la moindre violence, la plus légère pression, une contusion quelconque, suffit pour amener la rupture des parois vésicales. Il convient aussi de ne jamais laisser l'urine s'accumuler en assez grande quantité pour que le viscère éprouve une surdistension. Enfin, il faut mettre le malade à l'abri

des chutes et des secousses, spécialement de celles qui portent sur la région hypogastrique.

L'amincissement et l'affaiblissement des parois de la vessie se voient bien plus rarement après les rétentions d'urine prolongées, que leur hypertrophie avec diminution de la capacité du viscère. Ayant déjà signalé les graves conséquences que cette disposition morbide peut entraîner, je me contenterai de la mentionner ici pour en indiquer la cause principale. L'hypertrophie de la vessie est effectivement le résultat des efforts redoublés auxquels l'organe se livre pour expulser son contenu, à la sortie duquel s'oppose un obstacle quelconque. Je ne reviendrai pas non plus sur les précautions qu'il faut prendre alors, en pratiquant le cathétérisme ou toute autre opération.

VI. *Résorption de l'urine.*

A l'accumulation prolongée de l'urine dans son réservoir se rattache un fait important, qui depuis long-temps a fixé l'attention des observateurs, c'est la résorption de l'urine.

L'absorption ne se montre sans doute pas aussi active dans la vessie que dans d'autres parties du corps. Cependant on ne saurait douter qu'elle s'y exerce, ce qui expliquerait peut-être comment des malades ont pu rester impunément plusieurs jours de suite sans uriner; il paraît aussi que plusieurs parties constituantes de l'urine s'introduisent dans l'économie par cette voie, ce qui rend raison des sueurs, des salivations, des crachats, des vomissemens et des déjections alvines, ayant une odeur et une saveur urineuses prononcées, dont les auteurs rapportent un assez grand nombre d'exemples, quelques-uns fort curieux. Sous l'influence de cette résorption, tantôt certaines parties du corps sont plus spécialement atteintes que d'autres, et il se développe alors des abcès semblables à ceux dont j'ai parlé en traitant des maladies de l'urètre; tantôt l'économie entière souffre, toutes les fonc-

tions se troublent, la constitution dépérit, et le malade succombe, sans que l'autopsie révèle aucune altération organique propre à rendre raison de l'évènement. A cette dernière catégorie se rapporte le fait suivant, que je cite parmi plusieurs du même genre qui se sont présentés dans ma pratique.

Un homme à-peu-près sexagénaire éprouvait depuis long-temps un dérangement notable dans les fonctions urinaires. Divers moyens ayant été employés sans succès, on crut à l'existence de la pierre, et le malade vint à Paris. Depuis long-temps ce malade vivait au milieu d'une véritable atmosphère urineuse : il trouvait à tous les objets un goût et une odeur d'urine. Le liquide rendu chaque jour était aussi abondant que chez un homme en pleine santé : cependant le ventre avait beaucoup de volume, et la vessie formait une tumeur qui s'élevait jusqu'à l'ombilic. Je retirai environ trois pintes d'urine fétide et d'un jaune foncé. Il n'y avait point de calcul. Mais un désordre complet régnait dans toutes les fonctions ; le malade avait perdu depuis long-temps le sommeil, l'appétit et les forces ; il y avait de la fièvre, de l'œdématie aux membres inférieures, et des taches scorbutiques assez étendues à la peau. Les accidens ne se calmèrent pas après l'évacuation de l'urine : il survint des nausées, des vomissemens, la prostation des forces augmenta, et le malade ne tarda pas à périr. Ce qui me frappa surtout chez lui, ce fut la couleur de son teint, qui était citron foncé, mais différente de celle qu'on observe chez les ictériques ; le corps entier exhalait une odeur repoussante toute spéciale.

CHAPITRE VI.

DE L'INCONTINENCE D'URINE.

On dit d'une personne qui n'a jamais possédé ou qui a perdu la faculté de retenir l'urine pendant quelques heures, qu'elle est atteinte d'incontinence d'urine. Cette infirmité, sans avoir des suites immédiatement funestes, est cependant fort grave : car, outre qu'elle entraîne une foule d'accidens indirects, elle fait de la vie un fardeau insupportable. Habituellement trempé d'urine, dont l'odeur infecte se répand au loin, et assailli sans cesse par des érysipèles, des excoriations, des éruptions cutanées, le malheureux qui en est atteint, à charge aux autres et à lui-même, souffre à-la-fois et dans son physique, tourmenté par des sensations désagréables ou douloureuses, et dans son moral, humilié d'un état qui brise pour lui tous les liens sociaux.

La plupart de ceux qui ont écrit sur l'incontinence d'urine ont agi pour elle comme pour la rétention. N'ayant égard qu'au flux involontaire et incessant, ils l'ont considérée comme une maladie spéciale, ayant ses symptômes et ses causes. Or, dans l'immense majorité des cas, elle dépend du séjour forcé de l'urine dans la vessie, qui lui-même tient à quelque état morbide préexistant du conduit excréteur ou du réservoir de ce liquide, en sorte que, loin de constituer une maladie essentielle, elle n'est que la conséquence d'une conséquence d'une autre affection. A la vérité, quelques auteurs ont reconnu la nécessité d'établir une distinction entre deux états que presque tous les praticiens confondent l'un avec l'autre, l'incontinence d'urine proprement dite, et la sortie de l'urine par regorgement ; mais ils se sont bornés à en faire la re-

marque, sans éviter eux-mêmes la méprise qu'ils signalaient, ni respecter la distinction utile qu'ils avaient établie. On peut s'en convaincre surtout dans plusieurs opuscules récens, qui semblent n'avoir été publiés que pour appeler l'attention des malades, et où le faux l'emporte tellement sur le vrai, que la science n'a pour ainsi dire aucun profit à en retirer. Dans d'autres ouvrages, d'ailleurs estimés à juste titre, c'est surtout l'étiologie qui est présentée avec un défaut absolu de critique.

Ainsi la détermination de la maladie, l'exposition de ses symptômes et la distinction de ses causes, manquent de précision à-peu-près partout. Il devait nécessairement s'ensuivre une pratique hasardée, et c'est ce qui explique l'inutilité de la plupart des traitemens qu'on a recommandés.

ARTICLE I.

Du diagnostic de l'incontinence d'urine.

L'incontinence d'urine a des caractères si tranchés, quant au fait principal, la sortie involontaire du liquide, qu'il n'y a pas moyen de se méprendre à cet égard. Mais il n'est pas facile de distinguer l'incontinence vraie, ou essentielle, de celle qu'on pourrait appeler fausse et symptomatique, surtout lorsqu'elle est incomplète. Certains malades pissent au lit toutes les nuits, et d'autres ne le font qu'à de longs intervalles. Quelquefois l'accident apparaît après l'usage de certaines boissons qui, dans l'état ordinaire, n'ont aucune influence sur la vessie. Rien n'est donc moins constant que la marche de la maladie. Chez les enfans, les variations commencent spécialement de deux à cinq ans, lorsque l'incontinence cesse d'être continue, et qu'elle tend à disparaître, tandis que, chez l'adulte et le vieillard, elles se font remarquer surtout quand l'infirmité tend à s'établir. Chez les uns comme chez les autres l'écoulement a plus de régularité et d'uniformité lorsque la maladie est parvenue à son plus haut période.

Les cas les plus obscurs sont ceux dans lesquels, par une disposition originelle ou acquise, la vessie a peu de capacité. Alors, en effet, elle ne forme jamais tumeur à l'hypogastre. Cependant, comme une très petite quantité de liquide suffit pour en distendre les parois, et qu'alors le liquide coule par regorgement, on est souvent porté à admettre une paralysie du col vésical, qui n'existe pas. La sonde elle-même peut ne pas lever toute incertitude, parce qu'elle n'amène que quelques cueillerées ou tout au plus un verre ordinaire d'urine, et qu'on s'est habitué, ainsi que je l'ai dit en parlant de l'atonie de la vessie, à considérer ce dernier état comme coïncidant toujours avec un accroissement de l'ampleur du viscère et l'accumulation d'une grande quantité de liquide dans son intérieur.

Une autre cause d'incertitude naît des sensations du malade. Dans l'incontinence vraie, l'urine s'écoule continuellement, sans participation de la volonté, sans qu'il y ait de besoin senti. Les mêmes caractères peuvent exister et existent même assez souvent dans l'incontinence fausse, c'est-à-dire quand l'urine sort par regorgement, surtout si le cas est ancien : le malade n'a pas conscience que sa vessie fonctionne, lors même que l'écoulement recommence après avoir cessé quelques instans, ce qui n'est pas rare. D'un autre côté, rien n'est moins constant que la sensation du passage de l'urine à travers l'urètre ; souvent il n'y en a point, ou, s'il s'en manifeste une, elle dépend le plus généralement du degré ou du mode de la sensibilité urétrale et des qualités de l'urine. Or ce liquide varie beaucoup. D'ailleurs, la vessie peut être simultanément atteinte de catarrhe, et l'on sait que le passage des mucosités dans l'urètre, ou leur simple contact avec l'orifice de ce canal donne lieu à des sensations diverses. Le malade ne distinguant pas nettement la sensation qui résulte d'un véritable besoin d'uriner de celles qui tiennent à quelque circonstance accessoire,

le praticien, à plus forte raison, demeure dans le doute.

Dans ces divers cas, aussi bien que lorsqu'il existe des complications, on ne peut arriver à des notions précises qu'à l'aide de la sonde, et en procédant, comme je l'ai dit plusieurs fois, par voie de défalcation. On découvre par là si l'urètre est plus irritable qu'il ne doit l'être, si ce canal est libre, si le col vésical est dévié par un engorgement de la prostate ou toute autre lésion organique, si la vessie contient de l'urine, et quelle en est la quantité. Ces premières données acquises simplifient beaucoup la question. En effet, si l'urètre est libre, peu irritable, s'il n'y a pas de lésions organiques du col, ni du corps de la vessie, si ce viscère ne contient qu'une ou deux cuillerées de liquide, et que cependant l'urine s'écoule depuis long-temps d'une manière continue, sans le concours de la volonté, il y a presque certitude que le malade est atteint d'une incontinence produite par le défaut d'action du col vésical. Les doutes qu'on pourrait conserver s'évanouissent si, en faisant une ou plusieurs injections, on constate que la vessie a encore une certaine capacité, et que les organes ou tissus voisins ne présentent aucune trace de lésions organiques.

Ainsi, toutes les fois qu'il y a écoulement involontaire de l'urine, la première chose à faire est de s'assurer si la vessie forme tumeur à l'hypogastre. L'existence de cette tumeur suffit ordinairement pour annoncer que l'organe est distendu, et que l'urine coule par regorgement. L'introduction de la sonde ne tarde pas à confirmer ou détruire cette première donnée. Ces cas étant les plus simples de tous, je n'insisterai pas davantage.

L'absence de la tumeur hypogastrique ne prouve point, comme je l'ai dit, que la vessie ne soit pas distendue, et que l'incontinence ne dépende pas de cette surdistension. Il faut donc encore recourir à la sonde. S'il sort une certaine quantité d'urine par l'instrument, et que l'incontinence cesse

pendant quelques heures après le cathétérisme, pour recommencer ensuite, cet écoulement involontaire de l'urine est, comme dans le cas précédent, la conséquence d'une surdistension : seulement il s'agit alors d'une vessie moins grande. Les cas de ce genre ne sont point rares. Dans les premiers qui se sont offerts à moi, l'absence de la tumeur hypogastrique m'empêcha d'abord de reconnaître l'excès de distension de la vessie; mais l'expérience ne tarda pas à me convaincre que cette absence ne prouvait rien, et que les assertions des auteurs à son égard manquaient de fondement.

S'il peut y avoir de l'incertitude sur la nature de l'incontinence et sur la manière dont se fait l'écoulement, lors même qu'il est continu ou à-peu-près, à plus forte raison pourrait-on éprouver de l'embarras quand cet écoulement est temporaire et accidentel. J'ai vu alors d'habiles praticiens se méprendre complètement sur le compte de l'affection qu'il s'agissait de combattre. L'un de nos généraux, qui avait résisté à la double épreuve des fatigues de la guerre et des excès vénériens, se félicitait de pouvoir rester toute une journée à cheval ou faire de longs voyages sans éprouver le besoin d'uriner, lorsqu'il fut pris tout-à-coup d'incontinence d'urine; ses habits étaient mouillés sans qu'il ressentît la plus légère douleur, ni la moindre gêne dans l'exercice de ses autres fonctions. Un médecin distingué conseilla le repos, les bains et les boissons émollientes, sans se douter que la vessie ne pouvait se débarrasser de son contenu. Il ne vit là qu'une irritation locale résultant des fatigues, et ce qui sembla confirmer son opinion, c'est qu'après avoir fait usage des moyens prescrits pendant quelques jours, le général reprit son service sans laisser échapper l'urine. Peu de semaines après, l'infirmité reparut, et céda encore, bien que d'une manière moins soutenue; l'écoulement involontaire, qui s'était montré d'abord à la suite de l'équitation, se manifesta bientôt de lui-même pendant la nuit, mais toujours sans nul embarras

à la région vésicale. Après avoir employé sans succès une longue série de médicamens internes, on eut enfin recours à la sonde, qui apprit que la vessie ne se vidait pas. Les injections procurèrent un notable amendement, et les bains de mer achevèrent la guérison. J'ai vu beaucoup d'autres cas dans lesquels l'incontinence avait ainsi débuté d'une manière insidieuse, sans que le malade eût éprouvé aucun accident propre à faire soupçonner que sa vessie ne se vidait point complètement, et parfois à la suite d'évènemens qui n'ont pas pour effet ordinaire de donner lieu à un tel phénomène. On ne s'aurait trop s'empresser de recourir aux explorations directes, qui procurent des données satisfaisantes.

Quant à distinguer les cas dans lesquels l'écoulement involontaire de l'urine résulte d'un relâchement du col vésical, avec ou sans racornissement de la vessie, et ceux où il ne tient qu'à la sortie du trop-plein de l'organe, on y arrive par la simple introduction de la sonde, et au besoin par des injections. Ces dernières sont surtout utiles lorsqu'il s'agit de déterminer ce qui reste de capacité à la vessie.

ARTICLE II.

Des diverses espèces d'incontinence d'urine.

On peut établir autant d'espèces d'incontinence d'urine qu'il y a d'états morbides du corps et du col de la vessie, des tissus voisins et de l'urètre, capables d'y donner lieu. Nous avons vu, en étudiant la stagnation et la rétention de l'urine dans son réservoir, qu'un moment arrive où l'urine s'écoule par gouttes, d'une manière plus ou moins continue, sans que le malade en soit averti. Nous avons également observé ce phénomène dans l'atonie et la paralysie vésicales, les maladies de la prostate, les fongus et le cancer de la vessie, quelques cas de pierre, etc. Dans toutes ces circonstances, une fois que le réservoir est rempli autant que le comporte sa capacité, l'urine coule par l'urètre à mesure qu'elle arrive des reins,

mais sans que le viscère paraisse fonctionner, comme il arrive, soit quand les uretères s'ouvrent à l'extérieur, chez les sujets atteints du vice de conformation improprement appelé exstrophie de la vessie, soit lorsqu'après la cystotomie, et pour quelque maladie de l'appareil urinaire, on laisse une sonde non bouchée à demeure dans cet organe. On conçoit qu'il importe de déterminer quel est l'état morbide auquel l'écoulement involontaire de l'urine se rattache, puisque de là doivent découler et la conduite à tenir et les résultats problables du traitement. Ayant passé précédemment en revue toutes les lésions organiques de l'appareil urinaire, je me bornerai ici à rappeler quelques faits principaux, et à tracer la marche qu'il convient de suivre dans chaque série de circonstances.

I. *Incontinence d'urine à la suite de la paralysie de vessie.*

La paralysie vésicale ne devient ordinairement complète que quand les désordres tenant à l'atonie du viscère, ont été graves, et qu'ils ont persisté pendant un certain laps de temps. Alors seulement aussi l'incontinence a lieu. Il ne s'agit donc là que d'un degré de plus, ou, si l'on veut, d'un symptôme ajouté à ceux qui existaient déjà.

Il n'est pas rare que cette espèce d'incontinence se manifeste à la suite de circonstances diverses auxquelles on attache plus d'importance qu'elles n'en ont réellement. Parmi ces circonstances, je noterai un dîner trop copieux, un excès de boisson ou de coït, l'usage de la bierre, un refroidissement subit, une forte contension d'esprit, etc. Elles peuvent donner lieu à une surexcitation du col vésical, à l'oubli d'uriner quand le premier besoin s'est fait sentir, à la diminution de la contractilité vésicale, en un mot à un état de choses tel que l'urine commence dès-lors à couler par regorgement; mais cet effet de leur part n'est évidemment que secondaire et accidentel. Quelques auteurs ont pensé

que le poids de l'urine pouvait exercer de l'influence : il est bien difficile de partager leur opinion, quand on se rappelle que l'écoulement a lieu surtout pendant la nuit, lorsque le malade est couché. Mais d'autres particularités n'ont peut-être pas été prises assez en considération : je veux dire l'exercice du cheval et l'usage des voitures, même bien suspendues. Beaucoup de personnes, notamment parmi celles dont la vessie est paresseuse, éprouvent, à cheval ou en voiture, des besoins fréquens d'uriner, auxquels fort souvent elles résistent, parce qu'elles n'ont pas toujours la facilité de les satisfaire. De là l'origine d'un grand nombre d'incontinences d'urine; d'abord l'accident est léger, quelques gouttes seulement d'urine s'échappent et mouillent le linge; mais, avec le temps, il survient des écoulemens considérables, qui persistent.

On ne perdra jamais de vue néanmoins que l'infirmité éclate quelquefois sans que le sujet ait été soumis à aucune influence spéciale, sans qu'il ait rien éprouvé qui puisse faire soupçonner que la vessie faisait mal ses fonctions. En effet, nous avons vu précédemment que l'atonie vésicale est susceptible de durer des années entières sans provoquer d'accidens, et qu'alors la paralysie, bientôt suivie de l'incontinence, apparaît, pour ainsi dire, à l'improviste. Dans un cas pareil, le malade ne parle que de l'impossibilité de retenir l'urine, et ce n'est qu'en le questionnant avec soin qu'on parvient à découvrir que depuis long-temps sa vessie ne se vidait pas d'une manière complète. Mais la manifestation spontanée de l'écoulement involontaire et continu de l'urine constate un fait capital, c'est que l'atonie de la vessie a atteint son plus haut période, que le viscère ne fonctionne plus, que ses parois sont écartés autant qu'elles peuvent l'être, et que le liquide y séjourne comme dans un vase inerte.

Les moyens à mettre en usage dans cette sorte d'incontinence, sont absolument les mêmes que ceux dont j'ai recom-

mandé l'emploi contre la paresse et la paralysie de la vessie. Ceux sur lesquels on doit le plus compter, sont les sondes à demeure, les injections froides, les irrigations, les frictions, les toniques, les révulsifs, les douches froides et simples, chaudes et sulfureuses, les bains de mer. En général, le traitement est long, et il faut en prévenir le malade. Sa durée dépend spécialement de l'âge de la maladie. Les incontinences très anciennes, complètes et continues, se montrent fort opiniâtres : quelquefois même la contractilité vésicale est abolie à jamais, et l'évacuation de l'urine ne peut plus désormais s'effectuer que par des moyens artificiels. Toutefois, cette incurabilité absolue est rare, quand il n'existe pas de lésions organiques profondes. Quant à celles-ci, elles constituent toujours des complications plus ou moins graves ; les plus redoutables parmi celles qui ont leur siège en dehors de l'appareil urinaire, sont les lésions du cerveau et de la moelle épinière, en raison du peu d'efficacité des moyens dont l'art peut disposer contre elles.

Je ne saurais trop insister sur la nécessité de procéder avec lenteur et ménagement dans l'emploi des moyens propres à ranimer la contractilité vésicale, notamment des injections. Pour s'être écartés de cette règle, quelques modernes ont suscité des accidens formidables, des cystites, des hématuries, des catarrhes, des réactions fébriles, des symptômes nerveux, qui ont compromis la vie des malades. Ce sont surtout les injections irritantes, avec le baume de copahu, la teinture de cantharides, le nitrate d'argent, qui ont entraîné ces fâcheuses conséquences. Un praticien sage s'en abstiendra donc, avec d'autant plus de raison qu'on ne saurait presque jamais distinguer les cas où la vessie est susceptible de ces réactions tumultueuses, et qu'en suivant la marche dont j'ai donné l'exposition, on arrive au but, plus lentement à la vérité, mais du moins sans exposer le malade à des chances défavorables.

Quelques observations consignées dans les auteurs semblent indiquer la participation du col vésical à la paralysie du corps de la vessie, qui est la cause principale de la stagnation et de l'incontinence de l'urine. Si le fait est réel, il ne constitue qu'une exception, dont je parlerai plus loin. Pour ce qui concerne les cas les plus ordinaires, dans lesquels l'écoulement involontaire et continu de l'urine dépend du trop-plein de la vessie, les moyens dont je conseille l'emploi ont été soumis, depuis quinze années, à toutes sortes d'épreuves : plusieurs chirurgiens les ont adoptés ; mais le silence qu'ils gardent à l'égard des résultats de ma pratique publique et privée donnerait à penser qu'ils y ont été amenés par leurs propres inspirations, si tant d'exemples, dont fourmille notre art, ne prouvaient pas qu'il est malheureusement d'autres motifs encore auxquels ces sortes de réticences peuvent être attribuées.

II. *Incontinence à la suite de la rétention d'urine.*

La rétention d'urine, quel que soit l'état morbide qui la produise, peut être suivie d'une incontinence plus ou moins prolongée. Beaucoup de malades, en effet, après en avoir éprouvé toutes les angoisses, tombent dans une sorte de collapsus, et laissent échapper l'urine goutte à goutte, avec peu ou point de douleurs, sans efforts notables de leur part. Eu égard à l'état de la vessie, cette espèce d'incontinence ne diffère pas notablement de celle dont il vient d'être question; car, à dater du moment où l'urine s'écoule d'une manière continue, et sans la participation de la volonté, le viscère cesse de se contracter. Cependant il n'y a point identité parfaite entre tous les cas sous ce rapport : lorsque l'atonie a précédé l'incontinence, celle-ci est plus grave, attendu que la paralysie vésicale a été amenée de longue main, et qu'elle est complète, tandis que, dans la plupart des rétentions, la vessie, fatiguée, épuisée, n'éprouve qu'une simple suspension

de sa contractilité, et que, cet état n'existant pas depuis long-temps, on a beaucoup moins de peine à le faire cesser.

Il faut bien se garder d'ailleurs de confondre les cas où l'urine coule continuellement, sans être poussée, avec ceux, en apparence analogues, dans lesquels le liquide s'échappe goutte à goutte, par la petite ouverture que laissent soit les rétrécissemens urétraux, soit les tumeurs du col vésical. Ici, en effet, il peut y avoir encore des contractions vésicales, même assez énergiques, mais impuissantes pour vaincre la résistance qu'oppose soit la déviation ou la déformation du col de la vessie, soit la coarctation de l'urètre. Ce qui distingue ces cas des précédens, c'est que l'écoulement de l'urine présente des interruptions, et que, quand il a lieu, le malade en est averti, tantôt par une sorte de douleur, tantôt par des efforts ou des besoins de pousser. Quoique le liquide s'échappe par gouttes, et quelquefois pendant long-temps, il n'y a pas incontinence proprement dite : c'est seulement le dernier degré de la rétention ; la vessie fonctionne encore ; si les voies étaient libres, ses contractions suffiraient pour chasser la totalité du liquide par un jet ordinaire, et l'on n'a qu'à ramener le conduit excréteur à ses conditions normales pour guérir le malade, sans qu'il soit besoin de ranimer l'action musculaire du réservoir. Le traitement rentre donc dans celui de la rétention d'urine. Mais, quand l'état de choses persiste pendant long-temps, il amène la paralysie de la vessie, et dès-lors l'écoulement de l'urine a lieu, comme précédemment, sans que le malade en soit averti, si ce n'est par l'imbibition de son linge.

A moins qu'elle ne remonte à une date ancienne, l'incontinence, suite de la rétention, n'est grave en général que parce qu'il y a, dans l'urètre ou au col de la vessie, un obstacle plus ou moins grand à l'introduction des instrumens propres à évacuer l'urine, seul moyen de faire cesser l'accident. Ici se présentent des distinctions fondées sur les divers obstacles

qui peuvent exister soit dans l'urètre, soit au col vésical, et dont j'ai donné l'histoire ailleurs. La seule remarque qu'il importe de faire ici, c'est que le cas peut devenir insidieux. Le sujet a cessé de souffrir, au moins d'une manière très vive; comme il voit l'urine couler, sa répugnance pour le cathétérisme lui fait différer d'appeler les secours de la chirurgie, et quand il s'y décide enfin, son premier soin est d'ajourner l'emploi de la sonde, qui seule cependant permet d'établir un diagnostic rigoureux, surtout lorsque le peu de capacité de la vessie et l'abondance du tissu adipeux privent le chirurgien des ressources du palper. J'ai rencontré en grand nombre les malades de ce genre, et ce n'est qu'à force d'instance que je suis parvenu à triompher de leur aversion pour tous les moyens d'exploration directe. Cependant la guérison a été prompte chez tous, à l'exception de quatre, dont l'infirmité, déjà ancienne, a nécessité l'emploi du traitement que j'ai fait connaître en parlant de la paralysie complète de la vessie.

III. *Incontinence d'urine à la suite des contusions et de la dilatation forcée de l'urètre.*

Il n'est pas rare de voir survenir l'incontinence d'urine après la dilatation brusque et excessive de l'urètre, comme aussi après les meurtrissures et contusions des parois de ce canal. J'ai donné des soins à un homme qui avait reçu un grand coup de pied sur les pubis; l'urètre avait été fortement contus : une rétention se déclara, et au bout de quelque temps l'urine commença à s'écouler involontairement : ce phénomène persista pendant plus d'un mois. J'ai vu aussi une incontinence partielle et temporaire survenir à la suite de manœuvres violentes qu'on avait pratiquées pour détruire un calcul urétral. De même, chez certaines accouchées, l'urine s'échappe involontairement pendant quelques jours, quoiqu'il n'y ait eu qu'une simple contusion de l'urètre. Quant

à la dilatation forcée du canal, il faut remarquer que, lorsqu'elle a lieu d'une manière lente, et surtout par les seuls efforts de la nature, l'urètre peut acquérir des dimensions énormes, sans qu'il survienne d'incontinence. C'est ce qui ressort de nombreux exemples connus d'expulsion spontanée de gros calculs par des femmes. Mais l'incontinence a lieu presque constamment lorsqu'on veut obtenir cette dilatation, quoique bien moins considérable, par les procédés de l'art, et d'une manière plus prompte. Il y a ici quelque analogie avec ce qui se passe dans l'opération de la taille, sauf que cette dernière, spécialement lorsqu'elle a été faite par le grand appareil, entraîne, outre la dilatation, des meurtrissures, des déchiremens, etc., sans compter les états morbides déjà anciens qui peuvent dépendre de l'affection calculeuse. Au reste, ce n'est pas seulement chez la femme que l'on a essayé de dilater l'urètre outre mesure. A différentes époques ce moyen a été mis en usage chez l'homme aussi, pour extraire des calculs, et plus d'une fois il en est résulté que les malades ont perdu la faculté de retenir l'urine. Quelques modernes, en France et en Angleterre, y ont eu également recours contre les coarctations urétrales, dans l'espoir d'obtenir une guérison plus durable, et les conséquences ont été tantôt qu'il a fallu combattre de graves accidens inflammatoires qui avaient surgi, tantôt que le malade est demeuré atteint d'incontinence d'urine. Howship, par exemple, en cite une qui fut la conséquence de l'emploi d'une bougie de six lignes, introduite pour combattre un rétrécissement supposé.

Quelques faits récens sembleraient établir que l'incontinence d'urine peut être l'effet de l'application de la lithotritie. Je n'ai pas une connaissance suffisante de ces faits pour qu'il me soit permis d'en apprécier la valeur ; mais ce que je puis affirmer, c'est que ceux qui ont présenté l'incontinence d'urine comme un accident probable de la lithotritie,

ont commis une erreur. Pour pratiquer cette opération, on ne dilate pas l'urètre, dont les instrumens ne dépassent jamais le diamètre normal. Je n'ai observé l'incontinence sur aucun des plusieurs centaines de malades que j'ai lithotritiés.

Le traitement varie beaucoup suivant les causes, et surtout selon la gravité de la contusion, de la dilatation, de la déchirure. Les premiers moyens à mettre en usage, eu égard à l'incontinence et à la rétention qui la précède, sont les mêmes que ceux dont j'ai parlé à l'occasion de la rétention produite par cette cause. Lorsqu'ils n'ont pas l'effet désiré, ou bien encore quand on est appelé long-temps après l'accident primitif, il faut s'attendre à trouver des désordres dans l'urètre ou au col vésical, notamment l'induration, l'épaississement, la perte de l'élasticité des parois du canal, et c'est à ces désordres qu'on doit surtout faire attention. En pareil cas, l'incontinence d'urine se montre presque toujours fort opiniâtre. J'ai quelquefois eu à me louer des douches sulfureuses sur le périnée, l'hypogastre et la partie interne des cuisses, surtout quand la lésion avait son siège à la courbure de l'urètre et en devant. Mais ces douches doivent être continuées pendant long-temps, aussi bien que les frictions et les topiques. Si le col vésical a souffert, et que l'incontinence ait résisté aux bougies graduées, aux lavemens, aux suppositoires, il peut devenir utile d'appliquer le caustique : j'y ai eu recours utilement dans quelques cas ; mais il ne faut faire que des applications légères et transcurrentes.

IV. *Incontinence d'urine à la suite des lésions de la prostate, des névralgies du col vésical et des affections graves du corps de la vessie.*

Dans quelques maladies graves de la prostate, on remarque l'écoulement involontaire de l'urine parmi les troubles fonctionnels de la vessie : toutefois cet accident est rare, et quand il se rencontre, il constate presque toujours un état avancé de la maladie prostatique. On peut en dire autant des

fongus, des cancers et des diverses lésions organiques du col et du corps de la vessie. J'ai signalé les troubles considérables que ces affections apportent à l'excrétion de l'urine, soit qu'elles agissent mécaniquement, soit qu'elles se bornent à exalter la sensibilité et la contractilité du col vésical, ou seulement à les changer et les dénaturer. Or il est avéré qu'une surexcitation considérable de la membrane qui tapisse l'orifice interne de l'urètre et la partie profonde du canal, suffit pour paralyser jusqu'à un certain point l'action contractile du col de la vessie, ou du moins la pervertir tellement que le malade ne puisse plus résister au besoin d'uriner. La preuve en est fournie par les états névralgiques avancés que n'accompagne aucune lésion organique locale, ou dans lesquels la lésion, si elle existe, est placée de manière à ne pas gêner mécaniquement les fonctions du col vésical. Ainsi, j'ai parlé d'un fongus qui n'offrait pas de prolongement capable de déformer l'orifice interne de l'urètre, et cependant le sujet était depuis long-temps atteint d'incontinence d'urine. M. Lallemand rapporte également quelques cas dans lesquels cette infirmité dépendait d'une surexcitation de la membrane muqueuse du col vésical.

Les moyens à mettre en usage sont ceux que j'ai fait connaître en traitant des névralgies graves, des fongus, et des lésions de la prostate. En général, il n'y a, pour ainsi dire, point à tenir compte de l'écoulement involontaire et plus ou moins continu de l'urine. Cependant cette incontinence exige quelquefois qu'on s'occupe d'elle tout d'abord, la surdistension de la vessie, dont elle est la conséquence, paralysant tout ce qu'on tenterait d'ailleurs.

Je ne reviendrai ni sur les difficultés de tout genre qui peuvent se présenter relativement à l'introduction de la sonde, ni sur la manière de les écarter. Une seule remarque doit trouver place ici, c'est qu'il faut combiner ensemble le traitement de la maladie primitive et celui de la rétention

d'urine ; avec des soins et de la persévérance, on parvient, sinon à obtenir une guérison complète, du moins à empêcher le liquide de couler d'une manière continue. Les émissions sanguines, les délayans et les opiacés contribuent à procurer ce résultat, de concert avec les moyens spéciaux que j'ai fait connaître, et qui sont les plus propres à diminuer la sensibilité de l'urètre et du col vésical. Quant aux évacuations sanguines, locales et générales, elles sont parfois indiquées; mais il faut user de réserve à leur égard, et généralement elles ne produisent que des effets assez restreints. Il importe aussi de tenir l'urine abondante par des bains prolongés, des lavemens, des applications émollientes et des boissons aussi copieuses que le permet l'estomac. Enfin les opiacés, administrés de préférence par le rectum, sont d'un grand secours. On a soin d'ailleurs d'entretenir le ventre libre ; car la constipation, si fréquente en pareil cas, est extrêmement nuisible.

Quelquefois on trouve réunis chez un même sujet plusieurs des états morbides du col vésical qui entraînent l'écoulement involontaire de l'urine. Je viens d'en avoir un exemple remarquable sous les yeux, chez un homme de quarante-cinq ans, bien constitué, qui depuis une douzaine d'années éprouvait, dans l'excrétion de l'urine, des troubles qu'on avait successivement attribués à une coarctation de l'urètre, à une maladie de la prostate et à la pierre. L'introduction d'une sonde me prouva que l'urètre était libre, mais que la prostate, un peu tuméfiée, déterminait une légère déviation du col vésical vers le haut. Je reconnus ensuite, avec le trilabe, que la vessie ne renfermait pas de corps étranger, mais qu'indépendamment de la tumeur prostatique, il existait, à l'orifice interne de l'urètre, un repli valvulaire, étendu d'un lobe latéral à celui du côté opposé. Le passage de la sonde et de l'instrument en cet endroit donnait lieu à de la douleur et à un écoulement de sang. L'urètre étant fort irritable, je com-

mençai par combattre cet excès de sensibilité à l'aide des bougies, qui suffirent pour rendre les besoins d'uriner plus nets et permettre au malade de rester quelques minutes sans perdre l'urine, ce qui ne lui était point arrivé depuis dix ans, surtout pendant la nuit. Cette amélioration ne suffisait pas : le col vésical conservait une sensibilité anormale et beaucoup de tendance à saigner. Je fis une application transcurrente de caustique, qui fut immédiatement suivie de douleurs vives et de besoins d'uriner plus fréquens qu'auparavant. Mais, au bout de deux jours, le calme fut rétabli, et le malade se trouva beaucoup mieux. Quinze jours après, je pratiquai une nouvelle application, avec le même résultat, si ce n'est que la douleur immédiate fut moins forte. Deux autres cautérisations, à quinze jours d'intervalle également, firent cesser les besoins fréquens d'uriner et l'incontinence. Depuis lors le malade s'est fort bien trouvé : il ne se levait plus qu'une fois ou deux pendant la nuit ; dans la journée, il n'urinait que toutes les quatre ou cinq heures ; enfin il ne se mouillait jamais, ni le jour, ni la nuit.

Ce résultat a dépassé de beaucoup mes espérances, car c'est surtout dans les incontinences liées à des lésions profondes du col vésical qu'on voit échouer les traitemens conduits avec le plus de sagesse. A la vérité, ces sortes d'incontinence n'arrivent généralement qu'à une époque avancée de la maladie, et dans un temps où il se présente à combattre des accidens bien autrement graves qu'elles.

J'ai rencontré quelques incontinences survenues à la suite d'excès vénériens qui avaient donné lieu à une phlegmasie déjà ancienne des voies spermatiques, avec névralgie intense du col vésical et délabrement considérable de la santé. Ces cas sont pour la plupart fort opiniâtres, et d'autant plus graves qu'il se rencontre souvent des contre-indications, qui affaiblissent beaucoup les ressources de l'art. Il faut alors associer le traitement de la névralgie et celui des maladies

de l'appareil séminal aux moyens réclamés par l'incontinence. Il faut de plus ajouter un traitement général, qui varie suivant les individus. Ce qu'on ne perdra jamais de vue en de telles circonstances, c'est que l'incontinence est la preuve d'un degré très avancé de la maladie principale, que par conséquent on doit être réservé à l'égard du pronostic, et s'attendre à une cure fort longue.

V. *Incontinence d'urine chez les calculeux.*

Chez un assez grand nombre de calculeux, l'urine s'écoule d'une manière involontaire et presque continue. On avait pensé que ce phénomène tenait uniquement à ce que la pierre s'engageait dans le col et le bouchait en partie. Le cas peut s'être présenté quelquefois, mais il est assurément fort rare. Pour mon compte, j'ai vu plusieurs malades dont le col vésical contenait une accumulation de petits calculs, sans que l'urine s'échappât involontairement, tandis que d'autres qui se trouvaient dans le même cas étaient atteints d'une incontinence d'urine qui a même persisté quelque temps après l'extraction ou le déplacement des corps étrangers. D'ailleurs, depuis l'introduction de la lithotritie, il n'est pas rare de rencontrer des sujets dont le col vésical et la partie profonde de l'urètre sont remplis de débris calculeux, et qui pourtant n'ont pas d'incontinence : parfois, il est vrai, on observe cette dernière; mais bien plus souvent il y a rétention d'urine, de laquelle même procède la gravité du cas. J'ai observé aussi l'incontinence permanente d'urine chez des hommes ayant une grosse pierre vésicale qui envoyait un prolongement dans l'urètre; mais elle n'avait pas lieu chez d'autres qui offraient la même disposition.

De tout cela, il résulte que l'engagement total ou partiel du corps étranger dans le col de la vessie n'a point ici l'influence qu'on lui avait attribuée. Tantôt l'incontinence qui

s'observe chez les calculeux tient à ce que la vessie, épuisée par des contractions incessantes, finit par tomber dans l'état de paralysie et ne plus fonctionner. Tantôt, et le plus souvent, elle dépend de l'irritation continuelle que la pierre détermine. Que cette irritation demeure limitée au col, ou qu'elle envahisse plus ou moins le corps, lorsqu'elle est parvenue à un certain degré, il résulte toujours de là une perturbation notable dans la contractilité de la vessie. Chez quelques-uns des malades que j'ai observés, l'irritation était bornée au col, et résultait du contact permanent de la pierre, puisqu'il suffisait de déplacer celle-ci avec la sonde, ou d'empêcher qu'elle vînt s'appuyer contre l'orifice interne de l'urètre, en donnant une position convenable au malade, pour que l'incontinence d'urine cessât.

Il peut donc y avoir, chez les calculeux, écoulement involontaire de l'urine, accidentel ou permanent, soit parce que la vessie est distendue outre mesure, soit parce que ce viscère irrité ne se laisse pas distendre par le liquide, sur lequel il se contracte à mesure qu'il arrive.

Dans ces différens cas, le traitement se réduit à celui de l'affection calculeuse, qui d'ailleurs est l'objet capital. Toutefois, l'incontinence fait souvent un devoir au praticien de recourir à la sonde, sans perdre un temps précieux à prescrire des médicamens internes, qui ne peuvent amener aucun résultat. Le cathétérisme est, en outre, le plus sûr moyen, sinon l'unique, de distinguer quelle est l'espèce d'incontinence d'urine dont il s'agit, point à l'égard duquel il importe d'arrêter ses idées le plus promptement possible.

VI. *Incontinence d'urine dans quelques maladies graves étrangères à l'appareil urinaire.*

Je ne mentionne ici que pour mémoire l'incontinence d'urine qu'on voit survenir dans le cours de quelques maladies graves, telles que les fièvres typhoïdes et les ébranlemens

considérables du système nerveux, les commotions cérébrales, les congestions apoplectiques, les lésions de la moelle épinière, ou même dans quelques circonstances particulières, comme l'ivresse portée à l'excès, la peur, la toux, le rire immodéré, etc. Tantôt alors l'écoulement involontaire de l'urine n'est qu'un évènement fortuit, et qui n'exige aucun soin particulier; tantôt il offre les mêmes caractères que celui qui succède à la stagnation et à la rétention d'urine, c'est-à-dire qu'il y a moins incontinence proprement dite, que sortie du liquide par regorgement. La gravité, dans ces cas, dépend de la maladie principale, qui réclame en premier lieu l'attention. Cependant l'écoulement peut indiquer la nécessité de recourir à la sonde, ce à quoi on n'aurait peut-être pas songé sans lui. J'en ai vu plus d'un exemple dans ma pratique, et constamment le cathétérisme a procuré un soulagement inespéré. Les suites qu'entraîne l'accumulation forcée de l'urine dans son réservoir ont été assez développées ailleurs pour que je n'aie plus à y revenir ici; je ferai remarquer seulement que l'incontinence qui survient en pareil cas la décèle, et met sur la voie du traitement à suivre. Il vaudrait mieux, sans doute, ne pas attendre si long-temps; on éviterait beaucoup de malaise au malade, qui, de plus, serait soustrait à une influence fâcheuse.

Dans quelques circonstances néanmoins, l'incontinence a lieu sans que la vessie soit pleine. Elle dépend alors d'un relâchement du col vésical et des muscles du périnée, auquel participe aussi le sphincter de l'anus. Ici on trouve rarement des indications spéciales à remplir. Le traitement est celui que réclame la maladie principale, et la sortie involontaire, tant des urines que des matières fécales, cesse à mesure que la santé se rétablit. Si elle persistait, on s'attacherait plus tard à déterminer quelle est la disposition locale qui concourt à l'entretenir.

VII. *Incontinence d'urine sans plénitude de la vessie.*

Dans les divers cas qui viennent d'être passés en revue, et qui sont ceux qu'on rencontre en plus grand nombre, l'écoulement involontaire, continu et non senti, de l'urine, est précédé d'un état de plénitude de la vessie. Ce n'est que quand les parois du viscère ont été écartées autant que leur élasticité le permet, que le col et les muscles qui concourent à retenir l'urine dans son réservoir se fatiguent et laissent filtrer le trop-plein du liquide, à mesure qu'il vient des reins. L'urine coule alors par regorgement.

Il est d'autres circonstances dans lesquelles l'urine s'échappe également d'une manière continue et involontaire, mais sans que la vessie soit remplie. Tantôt alors le col vésical se trouve relâché, paralysé ; tantôt le corps du viscère est dans un état de contraction permanente, assez forte pour vaincre la résistance du col et chasser l'urine à mesure que les reins l'envoient. De là une distinction importante à faire pour le praticien ; car le traitement diffère suivant qu'il s'agit de l'un ou de l'autre de ces cas, qui peuvent être, en outre, simples ou compliqués.

Il n'est pas rare de voir des sujets atteints de cystite partielle ou totale, d'urétrite, ou même seulement d'un état névralgique très prononcé, dont la vessie ne peut supporter le contact de l'urine ; dès qu'il s'y est amassé quelques gouttes de liquide, un besoin tellement vif de les rendre se fait sentir que si le malade essaie d'y résister, l'urine s'échappe malgré lui. On dirait que l'orifice interne de l'urètre, irrité par elle, s'ouvre pour la laisser sortir, au lieu de se fermer pour la retenir : il se passe là quelque chose d'analogue à ce que l'anus éprouve dans certaines diarrhées. Mais ici, quoique l'émission soit presque continue, il existe des besoins réels, vivement sentis et fort impérieux. Le malade recon-

naît parfaitement que sa vessie fonctionne, seulement il lui est impossible de résister.

Quant au traitement, il n'y a point d'indications spéciales, du moins aussi long-temps que la maladie principale est à l'état aigu. C'est à combattre cette affection qu'il faut d'abord s'attacher, et si l'écoulement involontaire de l'urine persiste ensuite, le cas rentre dans une des catégories précédentes. Du reste, il est souvent grave, comme aussi celui dans lequel la phlegmasie ou la névralgie dépend d'une lésion organique incurable. La plupart du temps alors on est réduit, en ce qui concerne l'incontinence d'urine, à l'usage des calmans et aux soins de propreté.

Dans un petit nombre d'autres cas, le col vésical et les muscles du périnée sont frappés d'une sorte de paralysie, et la vessie elle-même ne possède qu'un faible degré d'énergie. Si l'on fait une injection dans le viscère, au moyen d'une grosse sonde, le malade étant couché, on introduit une grande quantité de liquide sans éprouver de résistance : qu'on vienne ensuite à comprimer l'urètre, le malade ne souffre pas de la vessie, et il peut même rester quelque temps sans éprouver un véritable besoin, ce qui n'aurait pas lieu si le viscère possédait une certaine puissance de contraction, à plus forte raison s'il était hypertrophié. Il n'y a donc point ici à invoquer la perte de l'équilibre entre la contractilité du col et celle du corps de la vessie, puisque les parois de cette dernière participent au relâchement du sphincter et de ses auxiliaires. Quoi qu'il en soit, la maladie est toujours grave, et pour peu qu'elle soit ancienne, l'art ne peut rien contre elle, soit qu'elle dépende d'une lésion profonde ayant son siège dans l'appareil cérébro-spinal, soit qu'elle coïncide avec l'épuisement général de l'économie.

On observe encore ces sortes d'incontinences rebelles, sans plénitude de la vessie, chez quelques sujets atteints de lésions organiques profondes du col vésical, qui, au lieu d'être

mou, flasque et relâché, comme précédemment, est au contraire dur, raide et en quelque sorte squirrheux, de sorte que l'orifice interne de l'urètre demeure toujours béant, et que l'urine coule sans discontinuer, sans que le malade ait la conscience du moindre travail de la vessie. J'en ai vu un exemple ; tout traitement fut inutile, et je ne pus même pas obtenir l'amélioration temporaire dont j'ai parlé à l'occasion d'autres espèces graves d'incontinence.

Il est moins rare de rencontrer des vessies hypertrophiées, racornies, ratatinées, qui ont perdu la propriété de se dilater, et qui ne peuvent contenir qu'une ou deux cueillerées au plus de liquide, le surplus s'échappant goutte à goutte, et sans interruption, à mesure qu'il vient des reins. Dans les cas qui se sont offerts à moi, j'ai essayé en vain d'écarter les parois vésicales, au moyen des injections forcées, que le sujet ne pouvait même pas supporter ; l'eau sortait entre la sonde et le canal, à mesure que je poussais. Ces tentatives, souvent répétées, m'ont prouvé que trop souvent il y avait impossibilité d'agrandir la capacité de la vessie. Les opiacés, continués pendant long-temps, même par le rectum, qui est le mode d'administration le plus avantageux, n'ont produit aucun effet durable. Mais j'ai obtenu quelque soulagement en associant à ces moyens de petites injections mucilagineuses tièdes, faites à l'aide d'une sonde et d'une seringue graduée. Il faut surtout avoir soin de ne pousser qu'une très faible quantité d'eau à-la-fois, de la laisser sortir sur-le-champ, et de recommencer ensuite. En agissant de cette manière à plusieurs reprises, j'ai quelquefois réussi à suspendre l'incontinence pendant une demi-heure et même une heure. Les malades ont appris à faire les injections, et ils se sont bien trouvés de les répéter chaque fois que le col vésical et l'urètre éprouvaient de la surexcitation. Lorsque tout avait échoué, j'ai essayé la cautérisation en désespoir de cause. Quoique je n'aie jamais fait que des applications très légères

et séparées par de longs intervalles, elles ont constamment occasioné des douleurs, dont la vivacité a déterminé deux malades à rejeter désormais tout traitement : deux autres, plus persévérans, ont obtenu de conserver l'urine pendant quelques instans ; mais cette amélioration ne s'est pas soutenue chez une jeune personne de vingt-et-un ans.

Il arrive souvent, dans l'incontinence fausse, que l'écoulement involontaire de l'urine est temporaire, qu'il n'a lieu qu'à certaines heures de la journée, ou seulement pendant la nuit, d'une manière tantôt régulière, et tantôt irrégulière. Les mêmes particularités se présentent, quoique plus rarement, dans l'incontinence vraie. J'ai vu, entre autres, une jeune femme, qui était depuis long-temps atteinte d'incontinence temporaire, par atonie du col vésical. Elle pouvait quelquefois rester plusieurs heures dans la journée sans perdre l'urine, tandis que, durant la nuit, elle était toujours mouillée ; mais si, pendant le jour, elle sautait, dansait ou riait aux éclats, l'écoulement paraissait aussitôt. Je m'assurai qu'il s'opérait sans que la vessie fût pleine : ce viscère avait sa capacité normale, il se contractait facilement, et une ou deux injections d'eau froide suffisaient pour le déterminer à chasser le liquide avec force. L'infirmité tenait donc évidemment à une disproportion entre la résistance du col et la force du corps de la vessie. La personne était forte, bien constituée, d'une santé parfaite, et l'examen le plus minutieux ne faisait découvrir chez elle aucune apparence même d'un état morbide quelconque de l'appareil urinaire. Je prescrivis des laxatifs à faible dose, mais souvent répétés, des injections tièdes et mucilagineuses dans la vessie, des bains de siège plutôt frais que chauds. Ce traitement, continué pendant deux mois, amena de l'amélioration. Je fis ensuite trois applications transcurrentes de caustique, à quinze jours d'intervalle. L'écoulement nocturne cessa tout-à-fait ; mais la malade éprouvait de fréquens besoins pen-

dant la journée, et la crainte que le liquide s'échappât la faisait uriner au moindre indice, sorte de pusillanimité qui se dissipa peu-à-peu, à mesure qu'elle prit confiance en sa nouvelle faculté.

J'ai donné récemment des soins à une jeune personne, de constitution faible, qui avait pissé au lit jusqu'à l'âge de quatorze ans, après lequel elle était parvenue à retenir l'urine, au moins pendant quelques heures. A dix-huit ans, cette demoiselle éprouva de nouveaux troubles fonctionnels de la vessie, accompagnés d'écoulement involontaire durant la nuit. Dans la journée, les besoins étaient extrêmement rapprochés, et la personne avait hâte d'y satisfaire, bien qu'elle éprouvât d'assez vives douleurs à chaque émission; car, lorsqu'elle essayait d'y résister, il survenait des douleurs violentes aux parties génitales externes, s'étendant au sacrum et aux lombes, avec efforts expulsifs, qui entraînaient des gouttes d'urine sanguinolente, et même du sang pur. Ce pénible état d'angoisses durait quelquefois plusieurs heures de suite. La menstruation, après s'être établie régulièrement, avait fini par se déranger; la malade était pâle, faible, amaigrie, découragée par l'insuccès des nombreux traitemens qu'elle avait essayés avant de me consulter. Je ne reconnus chez elle ni vice de conformation, ni lésions organiques propres à rendre raison des effets observés. La vessie avait sa capacité normale, et possédait un degré suffisant de contraction; mais son col et l'urètre étaient fort irritables. Après avoir fait usage pendant plus d'un mois des bougies molles introduites tous les jours et chaque fois laissées en place durant cinq minutes, j'eus recours à la cautérisation transcurrente. Le résultat fut d'abord peu marqué; mais la quatrième application, qui amena une crise violente et prolongée, détermina un changement notable. Pour la première fois, la malade put rester plusieurs jours sans souffrance. Le traitement par les bougies avait,

de son côté, éloigné les besoins d'uriner pendant la journée. Cette amélioration augmenta encore après la quatrième cautérisation, et l'écoulement présenta aussi des interruptions durant la nuit. Deux autres applications rendirent le mieux plus sensible. Quoique les besoins soient encore plus rapprochés qu'ils ne devraient l'être, tout porte à espérer qu'avec de la persévérance on obtiendra une guérison complète.

VIII. *Incontinence d'urine par suite de la dilatation de la partie profonde de l'urètre.*

Il est des personnes qui ne peuvent pas finir d'uriner, après avoir coulé par jet, comme de coutume, l'urine continue de tomber goutte à goutte, et quelquefois pendant un laps de temps assez long pour que le sujet soit obligé de se garnir, afin de ne pas tremper ses vêtemens. Cette incontinence partielle peut se rattacher à divers états morbides de l'appareil urinaire, rétrécissemens urétraux, atonie de la vessie, lésions de la prostate, ainsi que je l'ai dit précédemment; mais elle peut aussi dépendre d'une dilatation de la partie profonde de l'urètre, représentant une sorte de caverne ou de poche, où il s'amasse de l'urine et parfois des graviers. Si l'on découvre de petits calculs, le premier soin doit être d'en faire l'extraction; après quoi on combat l'incontinence, par des applications froides sur le périnée, des lavemens froids, des douches et de très petites injections froides dans la partie membraneuse de l'urètre. Il faut avoir soin de ne pas introduire l'instrument à une trop grande profondeur, et de s'arrêter dès que son extrémité oculaire a franchi la courbure. Des irrigations long-temps continuées peuvent aussi être avantageuses. Mais les parois urétrales ainsi dilatées ne reviennent sur elles-mêmes qu'à la longue, résultat qu'on n'obtient même pas toujours. Ces poches de l'urètre étant presque toujours la conséquence d'un rétré-

cissement organique ou d'une contraction spasmodique prolongée des parois du canal à sa courbure ou en avant de celle-ci, il faut commencer par mettre en usage les moyens propres à faire disparaître la coarctation.

ARTICLE III.

De l'incontinence d'urine chez les femmes.

On a dit que l'incontinence complète d'urine produite par la paralysie du sphincter de la vessie était plus rare chez les femmes que chez l'homme. Les faits déjà nombreux que j'ai recueillis ne viennent point à l'appui de cette assertion. C'est chez la femme spécialement que cette infirmité s'est montrée à moi. Là, en effet, on trouve réunies et les dispositions anatomiques et les circonstances extérieures les plus propres à y donner lieu. Quoi qu'il en soit, s'il existe des différences eu égard à sa fréquence comparative dans les deux sexes, elles sont légères et sans portée. Quant au traitement, il y a, sous ce point de vue, des particularités dont on doit tenir compte.

La pudeur des femmes s'effarouchant des applications de la sonde, et la plupart d'entre elles ne s'y décidant qu'à la dernière extrémité, la maladie, lorsqu'on est appelé à la soigner, est toujours ancienne et grave. D'un autre côté, l'introduction de l'instrument peut, chez l'homme, offrir des difficultés et entraîner des douleurs, qui sont généralement moindres chez les femmes.

On a prétendu que la vessie des femmes conservait plus difficilement les injections. C'est une erreur. Ou il y a atonie du viscère, et alors il retient aisément le liquide; ou la vessie se contracte avec promptitude, et alors les injections sont inutiles, du moins celles à grande eau; elles pourraient même nuire.

Lorsqu'il s'agit d'appliquer le caustique au col vésical, on

procède avec plus de sûreté et de précision chez la femme que chez l'homme. Aussi est-ce chez elle que ce moyen m'a le mieux réussi.

Du reste, chez les femmes comme chez les hommes, l'incontinence d'urine peut se rattacher à une foule de causes et à des états morbides divers. Chacune de ces causes, chacun de ces états commande d'apporter au traitement des modifications sur lesquelles je me suis assez étendu pour n'avoir plus à y revenir.

Un fait digne d'être noté, c'est que l'incontinence d'urine se montre parfois à chaque période menstruelle. Elle précède alors et suit les règles pendant quelques jours. Dans un cas de cette nature, que j'ai rencontré tout récemment, l'infirmité durait depuis trois ans chez une demoiselle de vingt-cinq ans ; elle s'était déclarée à la suite d'une suppression, provoquée elle-même par de violens chagrins. La réapparition des règles fut précédée et suivie d'incontinence d'urine. On eut recours aux sangsues, aux applications émollientes, aux eaux de Bussang et de Balaruc : tout fut inutile. On proposa ensuite le cathétérisme, que la malade et les parens rejetèrent. Un chirurgien célèbre attribua l'affection au relâchement du col vésical et de l'urètre; en conséquence, il prescrivit de rester au lit et de garder une position horizontale, puis il conseilla l'usage d'un compresseur. Plus tard, on tamponna le vagin avec de la charpie. Une inflammation qui survint obligea de renoncer à tous ces moyens mécaniques. L'écoulement de l'urine était devenu continuel, et la faiblesse portée au point que la malade pouvait à peine se mouvoir. Ce dernier état durait depuis près de six mois lorsque je fus appelé. Je trouvai l'urètre très irritable, la vessie paresseuse, et la susceptibilité générale excessive; il y avait des mouvemens convulsifs partiels; le sommeil et l'appétit étaient perdus. Je diminuai l'irritation de l'urètre et du col vésical, je mis la malade à l'usage des injections simples

et froides, des bains et des lavemens froids. En deux mois, l'incontinence disparut.

ARTICLE IV.

De l'incontinence d'urine chez les enfans.

Si l'on a émis une assertion très hasardée en disant que l'incontinence d'urine est plus commune chez les garçons que chez les filles, on a du moins eu raison de la regarder comme une maladie, ou plutôt une infirmité de l'enfance. Il n'est pas douteux, en effet, qu'on la rencontre plus fréquemment à cette époque de la vie qu'à toute autre. Les fonctions de la vessie se font alors d'une manière fort irrégulière: les enfans urinent abondamment; mais, soit qu'ils n'éprouvent pas de besoins réels, soit qu'ils n'expriment pas ces besoins, l'urine semble s'écouler sans produire de sensations, et l'on n'est averti de l'évacuation que par l'imbibition des linges. En général, la faiblesse et le développement incomplet ou irrégulier de l'enfant influent beaucoup sur la durée de cette infirmité, dont on a le tort de s'occuper trop peu, ce qui fait que plus tard on la trouve extrêmement opiniâtre.

J'ai souvent eu occasion de voir l'incontinence d'urine chez les enfans, et de me convaincre qu'on s'est étrangement écarté de la ligne du vrai dans les explications qu'on a données du phénomène et dans l'énumération des causes qui y ont été assignées. Citons d'abord le fait qui m'a le plus frappé. Il y a une dizaine d'années que je reçus dans mon service des calculeux un enfant de neuf ans, affecté d'incontinence d'urine depuis sa naissance. Cet enfant était faible, peu développé et d'une pâleur extrême; une douleur sourde et permanente vers le pubis, le périnée et le sacrum, avait résisté, aussi bien que l'écoulement continuel de l'urine, à tous les moyens successivement employés. Mon premier soin fut d'examiner la vessie. En palpant l'hypogastre, on sentait

confusément une tumeur molle : la sonde fut introduite avec douleur, car l'urètre était excessivement irritable ; deux livres environ d'urine sortirent. Je reconnus en même temps l'existence d'une petite pierre. L'incontinence ne reparut que quatre heures après. C'était la première fois que le malade pouvait conserver son urine. A dater de ce moment, je le fis sonder quatre à six fois par jour : l'incontinence n'avait lieu que quand on restait plus de cinq heures sans introduire l'instrument. Au bout de huit jours, je procédai à l'application de la lithotritie, dont quatre séances suffirent pour détruire la pierre. Sous l'influence des manœuvres de l'opération, puis des injections d'eau froide, des lavemens froids, des bains de siège frais et d'un régime tonique, la vessie recouvra sa contractilité. Le malade urina sans le secours de la sonde, d'abord en petite quantité et à des intervalles très rapprochés ; mais bientôt la fonction se rétablit comme dans l'état normal. Pendant les premiers jours, on continua de sonder et de faire des injections, précaution qu'il ne faut pas négliger, afin que la vessie ne soit jamais surdistendue. Finalement, le petit malade fut guéri, en six semaines, de sa pierre et de son incontinence.

Ce fait m'en rappela plusieurs autres dans lesquels j'avais observé un gros ventre à des enfans affectés d'incontinence d'urine, mais sans pousser plus loin mes recherches. L'occasion ne tarda pas à s'offrir d'examiner avec soin d'autres enfans frappés de la même infirmité, sans pierre. Comme chez le calculeux dont je viens de parler, l'urètre était fort irritable et la vessie pleine d'urine. J'employai les mêmes moyens, moins les manœuvres de la lithotritie, et le résultat dépassa mes espérances. J'en fus d'autant plus surpris que j'avais adopté d'abord les opinions généralement admises. Rappelons en peu de mots ces opinions.

Desault attribuait l'incontinence d'urine chez les enfans à une augmentation de la force expulsive de la vessie, jointe

à un affaiblissement de la résistance du col. La plupart de ceux qui ont écrit depuis, ont reproduit cette manière de voir, sauf quelques variantes. Ils ont dit, avec leur célèbre prédécesseur, que l'incontinence a lieu à cet âge parce que la contraction de la poche urinaire est si vive et si prompte que l'urine s'échappe avant que les enfans soient prévenus du besoin de l'expulsion, et sans qu'ils puissent s'opposer à sa sortie. On a parlé aussi de la petitesse de la vessie chez les enfans, comme d'une cause prédisposante, ce qui n'est qu'une supposition gratuite, car j'ai souvent trouvé la vessie d'enfans qui pissaient au lit fort grande et dans un état permanent de distension. Comme c'est particulièrement la nuit que l'incontinence a lieu, on a pensé qu'elle dépendait de la force du sommeil. Sans nier d'une manière absolue cette influence, je ne crains pas d'affirmer qu'elle a été fort exagérée, puisqu'on voit pisser au lit des enfans qui ont le sommeil court ou léger, et d'autres qu'on a soin de réveiller plusieurs fois, à des heures déterminées. Nous avons déjà vu que les personnes dont la vessie est grande, faible et inhabile à se débarrasser de son contenu, urinent avec plus de peine la nuit que le jour. A l'action du sommeil se joignent la chaleur du lit et la position horizontale. Quelle que soit, au reste, la cause qui exerce le plus d'empire, toujours est-il que la vessie entre plus difficilement en contraction pendant la nuit, qu'elle se laisse distendre par l'urine, et que c'est seulement lorsque cette distension occasionne une sorte de douleur qu'on se réveille pour uriner ; mais alors l'urine coule lentement, après une suite d'efforts et une attente de quelques minutes. Il n'y a qu'un pas de là à l'incontinence : qu'on eût résisté un peu plus long-temps au besoin, et le liquide eût commencé à couler involontairement. Je viens de dire que, chez les enfans, la sensation produite par le besoin d'uriner paraît être très confuse, si même elle existe : dans les premiers temps de la vie, l'enfant n'a pas la liberté

de ses mouvemens; s'il pleure ou crie, on n'en tient pas compte, parce qu'on ignore le motif; aussi, l'urine coule-t-elle pendant la veille comme pendant le sommeil, et à la longue s'établit une habitude qui plus tard constitue une infirmité. On est si accoutumé à trouver les enfans mouillés quand on les retire de leur couche, que le médecin n'est jamais consulté à ce sujet.

Il y a des particularités anatomiques, généralement peu appréciées, mais qui me paraissent, comme à Camper et à plusieurs praticiens modernes, exercer une grande influence. Le membrane musculeuse de la vessie, dit Howship, est considérée comme un muscle involontaire, tandis que l'urine est retenue dans son réservoir par des muscles sur lesquels la volonté a une action incontestable. Or nous savons très bien que le sommeil relâche le système des muscles volontaires, et qu'il modifie peu ou point les mouvemens involontaires. Il n'est donc pas surprenant que l'incontinence d'urine ait lieu surtout pendant sa durée.

A l'incontinence d'urine chez les enfans ont été rattachées une foule de causes, par rapport auxquelles s'élèvent au moins des doutes. La quantité d'urine étant très grande durant le sommeil, a t-on dit, l'enfant ne saurait la retenir, et l'on ajoute que cette urine, de nature aqueuse, provoquant des besoins peu impérieux, l'incontinence est facile à expliquer par là. Mais rien n'est plus commun que de voir, sous les influences les plus variées, et aux diverses époques de la vie, l'urine devenir abondante et aqueuse sans que l'incontinence se déclare, et d'ailleurs les besoins d'uriner ne dépendent nullement de la quantité des sels dissous dans ce liquide. Pour donner une apparence de valeur à cette opinion, on a dit que quand une maladie fébrile survenait chez une personne atteinte d'incontinence, celle-ci se trouvait suspendue, l'urine acquérant des propriétés plus irritantes. Le fait est vrai, du moins dans quelques cas, mais l'explication doit être

rejetée, car nous voyons souvent l'incontinence se déclarer précisément parce que l'urine est trop chargée de principes salins irritans.

On a pensé que l'incontinence d'urine avait lieu chez les enfans parce que leur intelligence n'est pas assez développée pour comprendre la propreté et gouverner les besoins. Cette opinion, exprimée par Desault, et adoptée par un certain nombre des auteurs qui l'ont suivi, a servi de base à la principale méthode curative qu'on ait mise en usage, celle qui consiste à frapper vivement le moral des malades par la terreur, afin de les rendre plus attentifs et de leur faire épier en quelque sorte le premier aiguillon du besoin. Evidemment une telle influence ne saurait être admise avec toute la latitude qu'on lui a donnée ; les preuves qu'on allègue sont sans valeur, et l'expérience démontre que, dans l'enfance, aussi bien qu'à toute toute autre époque de la vie, il n'y a le plus souvent que sortie de l'urine par regorgement. Rarement observe-t-on l'incontinence vraie, résultat d'un relâchement, d'une sorte de paralysie du col vésical, avec ou sans racornissement de la vessie. Dans quelques-uns des cas que j'ai rencontrés, les parois du viscère étaient tellement contractées que celui-ci ne pouvait pas contenir au-delà de quelques cuillerées de liquide. Plusieurs fois même le racornissement a persisté malgré tous les moyens mis en usage. Chez un enfant que je traite actuellement, l'incontinence paraît être congéniale. Tout ce qui a pu être tenté contre elle est demeuré sans effet. Il n'a pas fallu moins de trois semaines pour accoutumer le canal à recevoir une petite bougie. Ce traitement préparatoire a néanmoins suffi seul pour mettre le petit malade en état de conserver son urine pendant dix minutes. Mais, l'amélioration ne s'étant pas soutenue, j'ai exploré la vessie et pratiqué des injections. La surface interne du viscère était tellement irritable qu'il me fallut abréger l'exploration, et que je ne pus pas introduire plus de

deux cuillerées d'eau tiède. Chaque fois que j'ai fait plusieurs injections successives, l'enfant a souffert davantage, et le liquide est sorti teint de sang, comme aussi l'urine rendue pendant vingt-quatre à trente-six heures.

Il n'est pas rare de voir plusieurs enfans d'une même famille atteints d'incontinence d'urine, ce qui a fait admettre une sorte de prédisposition héréditaire, à l'appui de laquelle je pourrais citer le cas suivant. Il concerne une jeune personne de dix-neuf ans, grande, forte et réglée depuis trois ans, qui n'a jamais pu retenir l'urine, surtout pendant la nuit; son frère et sa sœur, plus jeunes qu'elles de deux et de trois ans, sont affectés de la même infirmité, quoique également doués d'une constitution robuste. J'avoue cependant qu'il faut user d'une grande réserve à l'égard de ces dispositions héréditaires, qu'en général on admet avec trop de facilité. Ce qu'il y a de certain seulement, c'est que l'incontinen d'urine nocturne chez les enfans est plus commune dans certaines familles que dans d'autres.

Dans beaucoup de cas peu graves, l'incontinence partielle, temporaire et même continue, cesse d'un à cinq ans, sans qu'on s'en occupe. Avant cette époque, il ne conviendrait pas de tourmenter les jeunes malades par des médications qui peuvent ne pas être nécessaires, et dont l'emploi est généralement semé de difficultés. Mais il y aurait aussi de l'inconvénient à négliger trop long-temps une infirmité qui peut dégénérer en habitude difficile à déraciner. D'ailleurs, l'écoulement involontaire de l'urine, outre la malpropreté qu'il entraîne, peut amener des dispositions morbides de la vessie d'autant plus graves qu'on les combat plus tardivement. C'est de là, en effet, que viennent les racornissemens du viscère que nous retrouvons à une époque plus avancée, et qui ont des conséquences si fâcheuses.

Du reste, le traitement diffère peu de ce qu'il est aux autres âges de la vessie. Mais il varie suivant l'espèce d'incon-

tinence et d'après une foule de circonstances diverses. Une chose qu'on ne doit pas perdre de vue, c'est que, si les états morbides du col et du corps de la vessie sont les causes les plus ordinaires de l'infirmité chez l'adulte et le vieillard, on les rencontre bien moins fréquemment chez l'enfant, l'atonie et la surdistension de la vessie exceptées, et que, dans la grande majorité des cas, il y a appauvrissement général de la constitution, avec une sorte d'arrêt dans le développement de l'appareil urinaire. Il faut donc recourir d'abord au traitement général, et l'employer avec persévérance. Le traitement local, à part un petit nombre d'exceptions, est ici fort secondaire, du moins au début. A la vérité, il recouvre toute sa puissance dans certains cas rebelles, comme complément des moyens généraux, sans compter les circonstances où il y a atonie de la vessie, et où l'usage de la sonde, des injections, des irrigations, devient absolument nécessaire. Plus d'une fois aussi, j'ai vu des applications transcurrentes de nitrate d'argent, sur l'orifice interne de l'urètre, faire cesser des incontinences vraies, qui jusque-là s'étaient montrées rebelles. Les injections émollientes en petite quantité et les lavemens opiacés, surtout précédés de l'emploi des moyens propres à diminuer l'irritabilité de l'urètre et du col vésical, produisent à cet âge, aussi bien que chez l'adulte et le vieillard, des résultats qu'on ne pourrait obtenir d'aucun autre mode de traitement, toutes les fois qu'il s'agit d'une irritabilité excessive du col ou du corps de la vessie.

Les moyens spéciaux auxquels il convient de recourir varient d'ailleurs à l'infini. Ainsi, certains enfans pissent au lit sans qu'on remarque chez eux la moindre disposition morbide ou anormale; ils rêvent, et au lieu de se retenir, ils poussent. Ce n'est point là une incontinence : la vessie fonctionne comme en pleine santé, et projette l'urine. Les soins doivent se borner à réveiller l'enfant une ou deux fois chaque nuit. Comme ce cas, d'ailleurs très commun, est des plus

simples, c'est alors qu'on a vu réussir les traitemens singuliers, et plus ou moins barbares, qui ont été proposés contre l'incontinence proprement dite. Mais lorsqu'on a voulu généraliser l'emploi de l'intimidation, elle a échoué souvent, ce qu'il était facile de prévoir. Les châtimens n'ont d'utilité réelle que chez les enfans qui pissent au lit par paresse.

Quant aux cas dans lesquels l'incontinence d'urine tient à un racornissement et à une hypertrophie tellement considérables de la vessie qu'on ne peut introduire qu'une ou deux cuillerées de liquide dans ce viscère, il faut peu compter sur les ressources de l'art, et à moins qu'on ne découvre quelque cause susceptible d'être écartée, il est inutile de tourmenter les malheureux enfans par des tentatives hasardées. On se contente du peu d'amélioration que l'on peut obtenir, et l'on recommande au malade d'uriner très fréquemment, parce que, s'il résistait trop long-temps, le liquide s'échapperait malgré lui. Il est arrivé quelquefois sans doute que la vessie a recouvré peu-à-peu une certaine capacité, et que, par suite, les besoins d'uriner se sont éloignés de plus en plus; mais c'est un résultat malheureusement trop rare pour qu'on puisse l'espérer.

ARTICLE V.

De l'incontinence d'urine chez les adultes et les vieillards.

Chez l'adulte, l'incontinence essentielle, résultat du relâchement, de la paralysie du col vésical, est extrêmement rare. Je n'en ai observé que deux exemples; l'un, chez l'homme; l'autre, chez la femme. Dans ces deux cas, l'infirmité était continue, elle durait depuis long-temps, et toutes les recherches tendant à constater des lésions organiques propres à l'appareil urinaire, ou étrangères à cet appareil, mais susceptibles de le modifier, d'en altérer la sensibilité et la

contractilité, ne firent rien découvrir. Du reste, la capacité de la vessie était réduite de moitié au moins, et le relâchement du col était tel que l'urine s'échappait, bien que le viscère n'en contînt que quelques cuillerées et ne se contractât pas. Il m'a été impossible d'obtenir une guérison complète. Les deux malades sont restés dans la nécessité d'uriner souvent, et lorsqu'ils négligeaient cette précaution, ils se sentaient mouillés. Leur appareil génito-urinaire était doué d'une excessive sensibilité. Chez l'homme surtout, de longs excès vénériens avaient précédé l'écoulement involontaire de l'urine. Or, nous avons vu, en traitant des névralgies du col vésical et des maladies des voies spermatiques, combien l'excrétion de l'urine est pervertie dans ces cas. En général, chez l'adulte, l'incontinence d'urine est moins fréquente et aussi moins grave qu'aux autres époques de la vie. Lorsqu'on la rencontre à cet âge, elle se rattache à des états morbides qu'on parvient à guérir pour la plupart, même avec facilité. Dès qu'on a fait disparaître la cause, l'effet, qui subsiste seulement par habitude, finit bientôt par s'effacer aussi. Le traitement n'offre rien de spécial. Il est généralement plus simple, plus facile et moins long.

J'ai dit que les vieillards étaient fort exposés à l'incontinence d'urine. Mais les observations que j'ai déjà présentées prouvent qu'il s'agit plutôt, chez eux, d'une sortie de l'urine par regorgement que d'une incontinence proprement dite. Telle n'est pas l'opinion de la plupart des auteurs. Ils ont considéré, avec Sœmmering, l'incontinence des vieillards comme dépendant essentiellement de la diminution progressive de l'extensibilité de la vessie, propriété qu'ils disent disparaître souvent en totalité dans la vieillesse.

C'est vers le déclin de la vie, spécialement, qu'on rencontre les états morbides de l'appareil urinaire qui entraînent la plénitude de la vessie, puis l'écoulement de l'urine par regorgement. Je signalerai, entre autres, les engorge-

mens de la prostate, les fongus et les différentes altérations que le col de la vessie est susceptible d'éprouver, altérations qui, ayant pour inévitable résultat d'apporter des difficultés prolongées à l'excrétion de l'urine, finissent par entraîner tantôt l'atonie, la paralysie de la vessie, tantôt les diverses lésions organiques qu'on observe dans les parois vésicales.

Je me borne ici à noter les particularités qui frappent l'observateur le moins attentif. Cependant, on n'a pas tenu compte de celles-là même, et c'est pour cette raison qu'on a confondu la sortie de l'urine par regorgement avec l'incontinence proprement dite. Cette dernière, qu'on dit fréquente chez les vieillards, est extrêmement rare, au contraire. On ne la remarque que dans un petit nombre de cas où, le col vésical, épaissi, induré, semble avoir perdu toute contractilité, et permet à l'urine de s'échapper à mesure qu'elle vient des reins. On la rencontre aussi dans quelques autres circonstances où les parois du viscère sont fort épaissies et sa capacité réduite de beaucoup. A l'exception de ces cas, qui sont peu communs, et de quelques autres dispositions auxquelles la vieillesse n'est pas plus étrangère que les autres âges de la vie, je n'ai pas observé de véritable incontinence chez les vieillards.

Eu égard au traitement, il ne diffère en rien de celui dont j'ai parlé précédemment. Comme il s'agit d'une conséquence d'états graves et complexes, on doit s'attendre à de grandes difficultés, souvent même à l'impossibilité d'arrêter l'écoulement involontaire de l'urine.

ARTICLE VI.

Du traitement général de l'incontinence d'urine.

En parcourant les diverses espèces d'incontinence d'urine, j'ai fait connaître les moyens spéciaux que chacune d'elles réclame. J'ai insisté principalement sur les traitemens lo-

caux, parce que ce sont ceux qu'en général on emploie avec le plus d'avantage. Mais je me suis contenté d'une indication sommaire, afin d'éviter les répétitions et de ne pas reproduire à chaque page ce qui a déjà été dit dans d'autres parties de ce travail. Ici, je veux présenter quelques remarques sur différentes médications accréditées dans la pratique, à l'égard desquelles il me paraît que les opinions ne sont pas encore bien arrêtées.

De tous les moyens propres à combattre l'incontinence d'urine, il n'en est aucun sur lequel on puisse à plus juste titre compter que sur les injections et les irrigations. J'ai retracé ailleurs les précautions qu'il convient de prendre pour leur donner toute l'efficacité qu'elles sont susceptibles d'avoir. Quant à la manière de les pratiquer, elle ne diffère point de ce qu'elle est dans l'atonie vésicale. C'est donc sur la nature du liquide à introduire que je veux surtout appeler l'attention. J'ai employé contre l'incontinence d'urine plus ou moins liée à l'atonie de la vessie, la plupart des liquides indiqués par les auteurs : l'eau ordinaire, à une basse température, m'a paru mériter la préférence dans la majorité des cas; elle m'a généralement réussi, et elle n'expose pas aux accidens qu'entraînent trop souvent d'autres injections. Cependant, il lui arrive quelquefois, même quand on la refroidit jusqu'à un degré voisin de la congélation, de ne pas provoquer les contractions vésicales, sans lesquelles on ne peut compter sur une guérison, même incomplète. On est donc alors obligé de recourir à d'autres moyens. Les injections astringentes, balsamiques, vineuses, sulfureuses, cantharidées, celles même de nitrate d'argent en solution, comptent des partisans, qui n'ont pas craint de les employer pendant long-temps et à haute dose. Mais, parce que certains malades ont supporté impunément ces injections, et parce que la réaction qu'elles font naître a produit de bons effets chez d'autres, je ne pense pas qu'on soit fondé à les ériger en méthode

générale de traitement. Tandis qu'il y a des médecins timides qui reculent devant l'emploi des injections simples ou légèrement stimulantes dans la vessie, d'autres n'hésitent pas à pousser dans ce viscère trente à soixante gouttes de teinture de cantharides, plusieurs onces de baume de copahu, ou un vin généreux bouilli avec de l'écorce de chêne. Ce n'est évidemment ni dans la conduite méticuleuse des uns, ni dans les prescriptions hasardées des autres qu'on trouve les bases d'une pratique rationnelle. J'ai fait connaître, à l'égard de ces injections, la marche que l'expérience m'a tracée. En procédant avec plus d'énergie, on s'expose à susciter des accidens graves, que l'art ne peut plus ensuite arrêter, ni même modérer, et, de ce que ces accidens n'ont pas toujours lieu, on aurait grand tort de conclure qu'ils n'arriveront jamais.

Ce n'est pas seulement par excès dans la dose des principes médicamenteux qu'on a péché : on n'a pas mis non plus de réserve dans le mode adopté pour procéder aux injections. Il est des praticiens qui les réitèrent coup sur coup, et qui laissent des liquides irritans en permanence dans la vessie. Or, ces liquides peuvent provoquer des inflammations d'autant plus graves que, s'il s'agit, par exemple, d'une vessie à cellules, leur action devient très circonscrite et se prolonge indéfiniment. D'ailleurs, on a coutume, pour faire garder ces injections plus long-temps et avec plus de facilité, de les réduire à la faible quantité d'une à trois onces, en sorte que si la vessie est très spacieuse, comme il arrive le plus communément, elles n'agissent guère que sur le col et le bas-fond. Des accidens ont été le résultat de cette pratique. Dans un cas cité par M. Devergie, on injecta d'abord du baume de copahu, auquel on substitua bientôt quatre ou cinq gouttes de teinture de cantharides, dont la dose fut même portée une fois jusqu'à environ une cuillerée à café. Cette injection fut suivie de douleurs et d'urines brû-

lantes, fréquemment et douloureusement expulsées; les douleurs, assez fortes pour arracher des cris au malade, se propagèrent aux reins et aux viscères abdominaux : il fallut recourir aux calmans. Plus tard, l'urine entraîna de longs lambeaux de muqueuse vésicale, ou peut-être seulement de fausses membranes. Ce ne fut qu'à la longue qu'on parvint à faire cesser les désordres; encore resta-t-il une grande sensibilité de la vessie. Dans un autre cas, le baume de copahu, injecté à la dose de deux onces, détermina une inflammation vive de la vessie, avec ardeur d'urine et pissement de sang. Dans un troisième, vingt gouttes de teinture de cantharides, étendues de soixante-quatre grammes d'eau, firent naître des ardeurs d'urine et une hématurie. Chez une femme, une cuillerée à café de la même teinture, dans trois cuillerées à bouche d'une eau aromatique, excitèrent de fréquentes envies d'uriner et des douleurs pour les satisfaire; l'urine devint sanguinolente, mais il n'y eut pas de réaction fébrile. L'incontinence cessa pendant quelques jours, et reparut plus tard. On eut de nouveau recours aux injections cantharidées, à la dose de cinq cuillerées pour deux onces d'eau; aucune réaction n'eut lieu, ce qui fit présumer que la teinture était mal préparée. En effet, une seule cuillerée d'une autre préparation détermina une vive excitation et une inflammation qui résista pendant cinq jours aux anti-phlogistiques. Nouvelle amélioration, aussi peu durable que la première. Quelque temps après, on recommença le traitement; aux injections, on associa l'usage du vin martial, de l'extrait de noix vomique, des alimens toniques, des lotions avec la décoction de quinquina, et en continuant long-temps on obtint la guérison.

Il est arrivé ici ce qui se voit souvent lorsqu'on provoque des réactions brusques et violentes; les effets obtenus ne se soutiennent pas, et il faut recommencer. On dit être parvenu à enrayer les accidens qui avaient surgi, et l'on s'applaudit

de ce qu'en définitive il y a eu guérison. Mais une pratique si aventureuse s'accorde-t-elle avec la prudence qui doit distinguer le médecin de l'empirique? Pour qu'elle pût être recommandée en conscience, il faudrait qu'on possédât des moyens certains et de ne produire que le degré d'excitation nécessaire, et de la faire cesser au moment où elle ne serait plus utile. Or, nous sommes bien loin d'une telle précision, sans laquelle on ne sait dans quelle route on se jette, ni à quels dangers on expose les malades. S'agit-il d'ailleurs d'une incontinence accidentelle récente? à quoi bon une médication qui peut compromettre la vie, quand on sait que cette infirmité cède à des moyens doux, inoffensifs, d'une application facile et sûre. Est-il question d'une incontinence complète, continue, ancienne? L'expérience démontre sans réplique qu'on ne peut en attendre la guérison que d'un traitement très long, conduit avec beaucoup de ménagement, gradué d'une manière méthodique, et que les améliorations dues à des réactions brusques ne se soutiennent pas.

Les heureux résultats qu'on obtient des injections simples dans le traitement de plusieurs maladies de la vessie ne doivent pas faire oublier qu'il y a des cas où l'application de ce moyen présente des difficultés, où elle est même impraticable. Or plusieurs de mes confrères en abusent de toute évidence, puisqu'ils le recommandent d'une manière à-peu-près absolue. Personne n'ignore néanmoins que, chez le vieillard spécialement, les lésions de la prostate et les productions morbides du col de la vessie rendent l'introduction de la sonde douloureuse à tel point qu'en dernière analyse les injections font plus de mal que de bien. Ajoutons en outre que, dans la plupart de ces cas, le cathétérisme présente assez de difficultés pour qu'il ne puisse être pratiqué sans danger que par un très petit nombre de chirurgiens.

Il y a d'autres moyens qui doivent remplacer les injec-

tions quand elles sont contre-indiquées, et auxquels d'ailleurs on se trouve souvent très bien de recourir, alors même que celles-ci sont praticables, parce qu'ils ont pour résultat d'en aider l'action et de rendre la guérison plus prompte. En première ligne se placent les sondes à demeure, introduites et fixées avec les précautions que j'ai recommandées. Je les ai fréquemment employées chez des sujets atteints d'incontinence par accumulation de l'urine dans la vessie frappée d'atonie, et dont le col vésical offrait en outre des fongus ou une tumeur prostatique. La sonde à demeure produit deux effets; elle procure une voie facile au liquide, et elle tend à rétablir la partie prostatique de l'urètre, en déprimant la tumeur qui la dévie. Insister ici sur les autres moyens qui sont à notre disposition, serait répéter ce que j'ai énoncé dans d'autres parties de cet ouvrage; l'incontinence d'urine, je dois le dire encore, n'est qu'un symptôme de plus, qui ne change rien au mode de traitement réclamé par la maladie principale.

On a proposé, et moi-même j'ai fréquemment employé les bains froids, les immersions dans l'eau froide. A la vérité, l'emploi de ces moyens est souvent contre-indiqué par des dispositions individuelles, étrangères à l'appareil urinaire. Mais, quand le malade peut les supporter, on en obtient de bons effets. Les bains de mer remplissent la même indication, et avec plus de succès encore. La natation ne peut qu'ajouter à l'efficacité de ces immersions.

C'est dans le même but qu'on a recours aux applications locales froides, et spécialement aux douches froides sur le périnée, les pubis, la partie interne et supérieure des cuisses. J'ai eu mille fois occasion de m'en louer.

Lorsque les douches, les applications et les bains froids sont contre-indiqués, on prescrit avec avantage les bains aromatiques, les bains sulfureux, les douches sulfureuses chaudes : les lotions aromatiques et toniques, répétées d'abord

tous les jours, puis tous les deux jours, m'ont assez bien réussi chez les petits enfans, et d'autres praticiens, M. Lallemand par exemple, les louent également. Les frictions aromatiques au sortir de l'eau en favorisent l'action. En général, ces moyens demandent à être employés pendant long-temps, surtout dans les cas graves. Il convient alors de les suspendre une ou plusieurs fois pendant la durée du traitement, soit pour éviter que l'habitude n'en émousse les effets, soit pour laisser reposer la peau.

Les révulsifs, même les plus énergiques, ne doivent pas être négligés. L'incontinence d'urine qui se rattache à une lésion de la moelle épinière les exige plus impérieusement que toute autre. J'ai également eu à me féliciter, dans d'autres cas, d'avoir appliqué des vésicatoires volans, en grand nombre, sur le sacrum, la partie interne des cuisses et l'hypogastre. La pommade stibiée peut être utile aussi. Mais il ne faut pas recourir à cette classe de moyens lorsque l'incontinence tient à un racornissement de la vessie, avec irritabilité excessive du col vésical et de l'urètre; ils m'ont paru alors ne faire qu'aggraver l'état du malade, tandis que les préparations opiacées, la belladone, les adoucissans, procurent un soulagement marqué.

Les médicamens administrés à l'intérieur ou par la méthode endermique, paraissent mériter peu d'attention. On a vanté surtout l'aconit, les préparations alumineuses et balsamiques, le camphre, les cantharides, la créosote, le fer, l'iode, l'or, le quinquina, la sabine, la noix vomique, le seigle ergoté et une foule d'autres substances encore, sans oublier l'électricité. La plupart de ces agens produisent des perturbations énergiques, et peuvent, à titre de révulsifs, trouver place pour consolider une guérison, mise en train par une méthode plus directe; mais on aurait tort de compter sur eux seuls.

Je ne m'arrêterai point à préciser les cas dans lesquels

chacun des moyens que je viens de passer en revue peut être utilement mis en usage : il me faudrait pour cela reproduire presque littéralement ce que j'ai dit à l'occasion de chaque lésion organique. La seule remarque qu'il me paraît nécessaire de placer ici, c'est que généralement on procède à leur application avec le plus déplorable empirisme. Tantôt on oppose à une série de cas ce qui ne peut convenir qu'à d'autres, et tantôt on place, au début, comme agent principal, un moyen qui ne devrait être employé qu'à la fin, comme simple accessoire. L'incontinence est, sous ce rapport, dans le même cas que beaucoup d'autres maladies; on s'appuie de quelques résultats spéciaux pour généraliser les méthodes qui ont réussi dans un cas donné, mais qui ne sauraient avoir le même succès dans d'autres, et pour accroître encore la confusion, on administre en même temps, ou à des intervalles très rapprochés, divers moyens curatifs ou réputés tels, à chacun desquels il devient d'autant plus difficile d'assigner sa part, si la guérison a lieu, qu'en général les cas eux-mêmes sont mal précisés.

ARTICLE VII.

Du traitement palliatif de l'incontinence d'urine.

Lorsque les moyens que je viens de passer en revue n'ont pas eu le résultat qu'on se flattait d'obtenir, et que le malade continue de ne pouvoir retenir son urine, il faut le soustraire aux inconvéniens inséparables de sa triste infirmité. Divers appareils ont été imaginés, les uns pour recueillir l'urine à mesure qu'elle s'écoule, les autres pour mettre obstacle à sa sortie.

On remplit la première de ces deux indications au moyen de vases alongés et aplatis, en cuir, en gomme élastique, en métal ou en verre, qui sont couverts, les derniers surtout, d'un tissu de toile ou de laine, pour en rendre moins péni-

ble le contact avec la peau. Ces vases sont maintenus en position par des liens fixés à une ceinture, et placés de manière que l'extrémité de la verge plonge toujours dans l'urinal. On vide celui-ci quand il est plein.

Chez l'homme, ce moyen ne cause pas trop de gêne, surtout si le pénis est long et pendant; mais si la verge est courte et pour ainsi dire perdue dans la masse du scrotum ou d'une tumeur herniaire, il devient quelquefois très difficile de soustraire le malade au désagrément d'être baigné d'urine, soit pendant le jour, soit pendant la nuit. Cependant on ne doit pas se rebuter. Il faut varier les moyens. Ceux qui semblent les plus parfaits ne sont pas à la convenance de tous les sujets, dont certains retirent des avantages réels de combinaisons, souvent bizarres, qu'ils ont arrangées eux-mêmes, et qui ne réussiraient pas chez d'autres. J'en ai vu qui avaient placé une petite éponge dans une bourse imperméable adaptée à la verge, et qui s'en trouvaient bien. L'essentiel est d'arriver à un procédé quelconque; car si l'on ne parvenait pas à garantir les tégumens et les linges, le malheureux malade se trouverait sans cesse au milieu d'une atmosphère urineuse, insupportable à lui-même et aux autres, sans compter les érysipèles et les excoriations qui surviendraient aux parties constamment baignés par l'urine.

Chez les femmes, les difficultés sont plus grandes. Cependant, à l'aide d'éponges souvent renouvelées, ou mieux d'un petit urinal dont on dispose l'ouverture de manière qu'elle s'applique exactement contre l'orifice de l'urètre, avec un prolongement qui pénètre dans la vulve, on parvient quelquefois à recueillir l'urine.

La seconde indication a beaucoup occupé les praticiens et exercé l'industrie tant des malades que des mécaniciens. On a proposé un assez grand nombre d'appareils destinés à comprimer l'urètre sur un point de son étendue, de manière à empêcher, du moins pour quelque temps, l'urine de s'écouler.

Tantôt on se sert d'une simple ligature autour de la verge, du bandage à crémaillère, nommé constricteur de la verge, ou de tout autre moyen analogue; tantôt on a recours à des plaques ou pelottes adaptées à des ressorts élastiques, et qui appuient l'urètre contre le pubis. Evidemment, on a beaucoup trop compté sur ces divers bandages constricteurs. Ils réussissent rarement, et finissent presque toujours par entraîner des inconvéniens faciles à pressentir. Ainsi, non-seulement on n'y doit recourir que quand tout autre traitement a échoué, mais même alors il faut être très réservé à leur égard. Qu'on ne perde pas de vue qu'une compression long-temps continuée, tantôt meurtrit les tissus, et finit par les atrophier, tantôt les fait passer à un état d'induration, de squirrhosité, qui peut être suivi de dégénérescences. Les compresseurs n'ont qu'une utilité momentanée, par exemple lorsqu'un malade affecté d'incontinence complète se trouve obligé, par sa position sociale, à une sorte de représentation; avec leur secours, il lui est permis de rester quelques heures sans que l'urine l'incommode. Mais, dès que les circonstances le permettent, il doit y renoncer, et ne faire usage que des appareils simples. On pressent, d'après cela, quelle est mon opinion sur les compresseurs de l'urètre employés, comme le font quelques personnes, non pas seulement lorsqu'il s'agit d'un cas incurable, mais encore à titre de moyen propre à faciliter la guérison. Une telle méthode serait plus propre à aggraver qu'à guérir l'incontinence d'urine, si cette dernière tenait, ainsi qu'on le dit, au relâchement, à la dilatation du col vésical. L'expérience a fait connaître, en effet, que quand l'urine est retenue dans l'urètre par un obstacle quelconque, la partie du canal située en arrière de cet obstacle et même le col de la vessie sont susceptibles d'acquérir une ampleur anormale. Les compresseurs ne sauraient donc jamais être considérés comme un moyen propre à faire cesser l'infirmité. C'est là une nouvelle

preuve que, dans cette branche de l'art, des vues purement mécaniques ont servi de guide à la pratique, et que trop souvent on a oublié de tenir compte de l'état des organes.

CHAPITRE VIII.

DE L'HÉMATURIE.

L'hématurie est la sortie par l'urètre d'une certaine quantité de sang pur ou mêlé avec de l'urine. Il est arrivé pour elle, comme pour l'incontinence ou la rétention d'urine et le catarrhe vésical, qu'on en a fait une maladie spéciale essentielle. J'établirai que, dans la grande majorité des cas, elle n'est réellement qu'un symptôme, un effet consécutif, et que plusieurs maladies diverses peuvent la produire, avec des variétés infinies.

ARTICLE Ier.

Du diagnostic de l'hématurie.

Il importe au praticien de constater l'existence de l'hématurie, de reconnaître le lieu d'où provient le sang, et de déterminer la nature des lésions qui en occasionnent l'écoulement.

A. *Moyens de constater l'existence de l'hématurie.* — Cette première partie du problème présente moins de difficultés qu'on ne l'a cru. Il n'y a qu'un très petit nombre de cas exceptionnels, dans lesquels la teinte de l'urine puisse faire naître des doutes, qui s'évanouissent même aussitôt qu'on examine avec soin le malade. En effet, la coloration de ce liquide est parfois telle qu'au premier aspect on le croirait mêlé de sang, bien qu'il n'en contienne pas, comme on le voit après l'usage de quelques substances médicamen-

teuses et de certains alimens, entre autres les betteraves rouges et les fruits de la raquette. Ce qui peut justifier jusqu'à un certain point les doutes, dans plusieurs cas d'hématurie, c'est la diversité infinie des teintes que l'urine présente, et qui dépendent de la proportion du sang, de sa nature, suivant qu'il vient des artères ou des veines, du temps durant lequel il est resté en contact avec le liquide urinaire, et des qualités de ce dernier. Le rose et le noirâtre sont les extrêmes, entre lesquels on rencontre un nombre immense d'intermédiaires. Il est rare d'ailleurs, quand le sang abonde dans l'urine, qu'il y demeure à l'état liquide; il se prend en caillots, dont la couleur ne ressemble souvent pas à celle qu'ils ont d'ordinaire. Cette différence peut dépendre du mélange avec le mucus vésical et avec l'urine, ou même d'une action chimique exercée par celle-ci sur le sang.

J'ai dit qu'il fallait, pour lever tous les doutes, procéder à l'examen du malade. On ne doit pas s'arrêter aux sensations accusées par lui. Rien, effectivement, ne varie plus que les sensations qui précèdent et accompagnent le pissement de sang. Comme celui-ci n'est, dans la majorité des cas, que la conséquence d'une maladie organique ou d'un trouble fonctionnel de l'appareil urinaire, on peut observer tous les symptômes qui appartiennent à chacune de ces maladies, à chacun de ces troubles, sans qu'il y en ait aucun de particulier à l'hématurie. Les auteurs qui ont fait une affection spéciale du pissement de sang, et qui ont vu en lui la maladie tout entière, y ont accollé une série de phénomènes morbides, les uns précurseurs, les autres concomitans, dont on ne se rend pas raison, qui n'existent même point dans une multitude de circonstances. Ainsi Sœmmerring dit qu'il est rare que la sortie du sang ne soit pas accompagnée d'une violente douleur, de spasmes, d'angoisses, de défaillances, de sueurs froides, de refroidissement des membres, etc. Il faut

qu'en traçant ce tableau, l'auteur ait eu sous les yeux un cas bien extraordinaire, car la pratique ne montre jamais rien de semblable. C'est pourtant à l'aide de ces prétendus symptômes qu'il croit pouvoir aussi parvenir à distinguer si le sang vient de la vessie, car quand il suppose que les reins en sont la source, ces organes font, suivant lui, éprouver au malade des douleurs sourdes ou lancinantes. Quiconque a observé la nature demeurera convaincu que Sœmmerring a écrit ces lignes sous la dictée de sa seule imagination. J'ai fait voir ailleurs ce qu'on doit penser des douleurs lombaires, dites rénales, qui d'ailleurs n'existent pas dans la plupart des hématuries.

Broussais a parlé d'un véritable *molimen hemorragicum* précédant l'hématurie. Mais cette remarque fut faite à l'occasion d'un militaire sujet au pissement de sang périodique, et chez lequel l'écoulement sanguin était effectivement précédé de symptômes analogues à ceux par lesquels s'annoncent certaines hémorrhagies spontanées. C'était là un cas spécial, présentant des phénomènes qui n'ont pas lieu dans l'immense majorité des circonstances, et que par conséquent on a eu tort de vouloir généraliser.

B. *Moyens de reconnaître d'où vient le sang.*— Le sang peut venir de l'urètre, de la vessie, des uretères ou des reins. Un petit nombre de symptômes et la manière dont l'écoulement se fait fournissent quelques données à cet égard ; mais, quoi qu'on ait dit, ces données ne sont pas tellement exactes, qu'il y ait impossibilité absolue de se méprendre.

1° *Hémorrhagie urétrale.* On a eu raison de dire qu'il fallait distinguer le pissement de sang proprement dit de l'hémorrhagie urétrale. Ce sont deux phénomènes essentiellement différens, bien qu'ils semblent avoir été plus d'une fois confondus l'un avec l'autre.

Tous les praticiens savent qu'assez souvent il sort une petite quantité de sang par l'urètre, dans la gonorrhée, et

que, chez les hommes atteints de ce qu'on appelle la chaude-pisse cordée, la seule force des érections ou le redressement de la verge, opéré d'une manière quelconque, peut être suivi d'une hémorrhagie, même assez considérable. Les excès de coït produisent quelquefois cet effet. Il n'est pas rare non plus que l'introduction d'un instrument, d'une sonde ou d'une simple bougie, la cautérisation, la scarification et certaines manœuvres pour l'extraction des calculs urétraux entraînent un écoulement de sang, qui dure parfois des heures entières, se reproduit souvent après avoir cessé pendant quelque temps, et peut même être assez considérable pour donner des inquiétudes.

La plupart du temps, on apprécie sans peine la portée de la cause qui a été mise en action. Les symptômes ne sont pas non plus difficiles à saisir. Le sang apparaît communément par gouttes, quelquefois par une sorte de jet continu, mais sans mélange d'urine. Rarement le sujet éprouve un besoin réel d'uriner, et l'écoulement n'est accompagné d'aucun effort, d'aucune contraction vésicale. On ne découvre d'ailleurs d'état morbide ni dans la vessie, ni dans ses annexes. Abstraction même faite des cas où il s'agirait d'une blessure profonde des parois urétrales par un instrument piquant, tranchant ou contondant, la durée de l'hémorrhagie varie beaucoup. En général, elle cesse d'elle-même, au bout de quelques instans, pour ne plus reparaître ; mais parfois aussi elle se renouvelle à plusieurs reprises, chaque fois que le malade satisfait le besoin d'uriner. C'est surtout après les applications du caustique, les scarifications profondes, ou des manœuvres forcées de lithotritie dans l'urètre, que l'écoulement présente des irrégularités, qui peuvent faire naître des doutes sur le lieu d'où émane le sang. Le diagnostic devient plus difficile encore lorsque, la cause ayant agi sur la partie prostatique de l'urètre, le sang paraît couler simultanément du canal et de la vessie. Aux faits que j'ai déjà publiés, je

joindrai le suivant, qui offre quelques particularités dignes de remarque.

Un sexagénaire éprouvait depuis quelques mois, mais de loin en loin seulement, de légers troubles dans les fonctions de la vessie, spécialement des difficultés pour faire partir l'urine. Il attacha peu d'importance à cette incommodité. Mais tout-à-coup éclata une rétention d'urine, qui dura près de vingt-quatre heures. On fut obligé de recourir à la sonde, les bains, les applications émollientes et les émissions sanguines n'ayant pas réussi. Les difficultés d'uriner ne venaient pas de l'urètre, car l'instrument pénétrait avec une grande facilité. Une sonde flexible fut laissée à demeure pendant quelques jours; elle incommoda le malade, qui apprit ensuite à se sonder : il pouvait rester trois heures et au-delà sans vider sa vessie. Cet état ayant continué, et l'urine étant devenue muqueuse et fétide, je fus appelé en consultation. La veille, il se manifesta subitement une hématurie abondante, contre laquelle on employa successivement l'eau froide en fomentations et en lavemens, les boissons acidulées et plus tard la saignée du bras; le sang ne cessa de couler que par suite d'une syncope. Cet accident jeta le malade dans un grand abattement; son pouls était petit, faible et vibratile; il n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures au moment de la consultation, mais il éprouvait des besoins depuis quelque temps. Je le sondai avec précaution, et retirai environ une pinte et demie d'urine un peu fétide, louche et d'un jaune foncé. Il n'y avait pas de sang. Celui-ci s'était écoulé tout entier par l'urètre, d'une manière continue, sans efforts, sans contractions vésicales, ce qui prouvait qu'il venait du canal ou du col de la vessie. Il est probable qu'en introduisant la sonde, le malade avait froissé la membrane muqueuse urétrale, et donné ainsi lieu à une exhalation sanguine, qui ne reparut plus. Mais l'état général ne s'améliora pas d'une manière notable; il survint même de la fièvre, qui persista

pendant plusieurs jours. Je fus donc obligé d'ajourner l'exploration de la vessie, objet spécial de la consultation. On continua l'usage de la sonde, renouvelée deux ou trois fois par jour. Les forces revinrent peu-à-peu, et je pus enfin explorer la vessie, dans laquelle je ne découvris absolument rien, si ce n'est une atonie des parois. Les injections froides, les lavemens froids et les douches amenèrent une amélioration notable. Il ne s'agissait ici que d'une paralysie incomplète de la vessie; la stagnation forcée de l'urine avait donné lieu aux troubles généraux et aux premiers accidens locaux. Evidemment aussi le sang ne venait que de l'urètre. L'hémorrhagie n'était pas assez grave pour exiger autre chose que des applications froides. Dans le cas où l'écoulement deviendrait par trop abondant, il y aurait indication de placer à demeure une grosse sonde. On doit être surpris de ce que ce moyen si simple ait été négligé. La compression exercée à l'extérieur ne le vaut pas à beaucoup près, car elle expose à ce qu'un caillot se forme dans le canal, et à ce que le sang reflue dans la vessie, ainsi qu'il s'en est présenté récemment quelques exemples.

2° *Hématurie vésicale.* — C'est de la vessie que le sang provient dans la plupart des hématuries; mais il ne s'écoule pas également de tous les points de la surface interne du viscère. S'il y a un fongus, un cancer, ou quelque autre altération locale circonscrite, le lieu malade est la source de l'hémorrhagie. On en peut dire autant des cas où la membrane muqueuse est atteinte d'une ancienne phlegmasie partielle. Une circonstance le prouve; c'est qu'on voit surtout sortir le sang lorsque les sujets finissent d'uriner; en général, la première urine n'en contient pas du tout; quelquefois cependant le liquide coule d'abord sanguinolent, puis il s'éclaircit, et sur la fin il reparaît teint de sang jusqu'aux dernières gouttes. En examinant la vessie après la mort, on trouve la membrane muqueuse noirâtre aux environs du col,

et parsemée de capillaires sanguins très développés, qui peut-être ont suggéré l'idée de ces varices vésicales auxquelles on a cru devoir recourir ici pour expliquer un phénomène qui n'est cependant pas rare dans les phlegmasies des autres membranes muqueuses. La rougeur et l'injection sont parfois très circonscrites, ce qui donne à la face interne du viscère une apparence marbrée.

Au reste, le sang ne se mêle à l'urine qu'autant que celle-ci existe en grande quantité dans son réservoir ; si elle est peu abondante, il se ramasse en caillots noirâtres. Chez les sujets atteints d'une affection catarrhale intense, ancienne, générale, on le trouve toujours mêlé à l'urine, ou plutôt aux dépôts muqueux qu'elle contient. La couleur qu'il donne alors aux glaires est tantôt rouge, tantôt, et le plus souvent, bleuâtre, brune, noirâtre; rarement aperçoit-on des stries de sang pur.

Quand l'hématurie dépend d'une surdistension de la vessie, par l'accumulation de l'urine ou par une injection forcée, le sang paraît suinter de tous les points de l'organe indistinctement, ou du moins je n'ai pas été en position de reconnaître que l'exhalation s'opérât sur l'un plutôt que sur l'autre.

Dans quelques cas de pierre volumineuse, avec hypertrophie de la vessie, les contractions énergiques du viscère, qui serrent les parois contre le corps étranger, donnent quelquefois lieu à une exhalation sanguine abondante et répétée. Le sang peut alors venir également de toute la surface de l'organe, tandis que quand la vessie ne se contracte pas avec violence, et que les frottemens de la pierre s'exercent principalement sur le pourtour du col vésical, c'est de ce dernier endroit qu'émane le sang.

3° *Hémorrhagie rénale.* — Le cas dans lequel on est fondé à soupçonner que le sang rendu par la verge vient des reins ou des uretères, si toutefois on ne découvre pas

d'autre cause dans l'urètre et la vessie, est celui de fortes contusions et de plaies pénétrantes à la région lombaire. Qu'il y ait eu rupture de quelques vaisseaux sanguins, ou seulement perturbation de la fonction, on conçoit que le pissement de sang ait lieu alors, surtout si les reins sont déjà malades, et contiennent des corps étrangers, ce qui n'est pas rare. En toute autre circonstance, rien ne justifie le soupçon de cette origine. L'hématurie elle-même qui peut résulter de l'arrêt des calculs à l'orifice ou sur le trajet des uretères, et de leur cheminement le long de ces conduits, ne s'annonce à nous par aucun signe particulier. Il est donc plus sage, au lieu de se perdre, comme on l'a fait, en hypothèses, pour arriver à l'énonciation d'un moyen quelconque de reconnaître d'où le sang tire sa source, d'avouer l'insuffisance absolue de l'art, tant sous le rapport du diagnostic que sous celui de la thérapeutique. On a voulu rapporter aux reins les hématuries dites critiques, c'est-à-dire les écoulemens d'urine sanguinolente ou de sang presque pur, qui surviennent vers la fin de quelques maladies graves. Rien n'établit qu'en pareil cas le sang provienne du lieu qu'on lui assigne pour point de départ, et je ferai voir plus loin que la vessie devenant paresseuse dans la plupart des maladies graves, sans qu'en général on y donne aucune attention, la distension que l'urine lui fait éprouver la dispose à fournir de sa surface une exhalation sanguine. J'en dirai autant des pissemens de sang qui succèdent quelquefois à la suppression du flux menstruel ou hémorrhoïdal; dans tous ceux dont on a cité des exemples, on avait négligé de constater l'état de la vessie, où des explorations exactes auraient peut-être fait découvrir une disposition propre à rendre raison du phénomène, sans qu'on eût besoin de recourir à des métastases au moins problématiques. La plupart des signes dont parlent les auteurs n'ont été établis qu'après coup, et ne servent à rien au lit du malade. Que

signifie par exemple cette phrase d'un auteur moderne que le sang est plus intimement mêlé à l'urine dans l'hématurie rénale? il aurait fallu indiquer les moyens de reconnaître ce degré prétendu caractéristique de l'union des deux liquides. Encore même n'eût-on pas été beaucoup plus avancé pour cela, puisque nous venons de voir que, dans l'hématurie vésicale, le sang épanché se montre sous toutes les formes, depuis celle de liquide pur et coulant, jusqu'à celle de dissolution parfaite et de caillots ou grumeaux plus ou moins volumineux. En dernière analyse, on n'a si souvent admis autrefois l'hématurie rénale que parce qu'on ne possédait pas des moyens assez précis d'exploration de la vessie, dont la plupart du temps même on ne faisait aucun usage. Il est donc permis de croire qu'elle deviendra de plus en plus rare, qu'on la réservera pour les cas où nos moyens actuels d'investigation des organes urinaires ne fourniront aucun éclaircissement, et qu'elle sera alors comme une sorte de fiche de consolation pour ceux qui se contentent d'annexer tant bien que mal une cause au phénomène dont ils sont témoins.

Au reste, je ne prétends pas par là que le sang ne provienne jamais des reins; car plus d'une fois l'autopsie est venue révéler que telle était réellement sa source. Ainsi, Cooper a trouvé cinq livres de sang grumeleux dans un rein, et M. Walter a vu aussi un de ces organes distendu par un mélange de sang et de pus. Tout ce que je veux établir, c'est que nous ne possédons aucun moyen de constater l'hématurie rénale.

C. *Moyens de déterminer la nature des lésions qui occasionnent l'hématurie.* — On s'est livré à des commentaires sans fin pour faire ressortir quelque particularité qui appartînt d'une manière exclusive à chaque espèce d'hématurie.

Ainsi, Van den Haar affirme que les prétendus engorge-

mens variqueux de la vessie sont annoncés par la peine qu'on éprouve à introduire la sonde, qui laisse échapper immédiatement une certaine quantité de sang. Il suffit d'avoir pratiqué quelquefois le cathétérisme pour savoir quel jugement on doit porter de semblables assertions. Les argumens sont à-peu-près de la même force en ce qui concerne les autres nuances de l'injection vasculaire : ce sont des combinaisons théoriques, plutôt que des déductions rigoureuses de faits pratiques.

On a dit, par exemple, qu'une altération quelconque dans la sécrétion de l'urine précédait généralement l'hémorrhagie rénale. Mais ces troubles ne sont pas plus particuliers à l'hématurie qu'à toute autre lésion de l'appareil urinaire. D'ailleurs, les causes les plus légères suffisent pour faire varier la sécrétion rénale, souvent même sans qu'il en résulte d'indisposition.

On a prétendu que la lésion d'une artère rénale donnait lieu à un écoulement de sang plus considérable que celle des artères vésicales. Mais l'expérience journalière atteste que des hémorrhagies fort abondantes peuvent provenir de la vessie. Ce qu'on a dit ne pourrait s'appliquer qu'aux gros troncs artériels, et encore eût-il fallu déterminer l'espèce de lésion dont on entendait parler.

On s'est évertué aussi à rechercher si le sang venait des capillaires artériels ou des capillaires veineux. Cette question, que chacun a envisagée sous le point de vue le plus en harmonie avec ses conceptions particulières, n'a point encore reçu de solution satisfaisante.

Pour répondre aux besoins de la pratique, qui sont bien plus pressans que ceux de la théorie, je vais examiner successivement l'hématurie dans les diverses circonstances au milieu desquelles elle peut se présenter.

ARTICLE II.

Des différentes espèces d'hématurie.

1° Hématurie par suite des névralgies de l'urètre, des rétrécissemens de ce canal et de l'atonie de la vessie.

Nous avons vu que les états nerveux ou spasmodiques de l'urètre et du col vésical entraînent de graves désordres dans l'excrétion de l'urine. Ces désordres amènent quelquefois une exhalation de sang à la surface interne de la vessie. Les parois de l'urètre et du col vésical n'ont pas besoin, pour donner lieu à cet effet, d'être contractées au point d'empêcher l'introduction d'une sonde et de déterminer une véritable rétention d'urine : un simple état de raideur suffit pour cela : et, ce qui le prouve, c'est qu'en mettant fin aux phénomènes nerveux, on fait cesser tous les autres accidens. Je citerai pour exemple un jeune homme dont l'urètre était fort irritable et sensiblement rétréci à son orifice externe. Ce malade souffrait beaucoup, et depuis long-temps, aux régions lombaire et vésicale; il lui arrivait souvent de rendre des urines sanguinolentes, dont les dernières gouttes étaient même du sang presque pur. Le cathétérisme explorateur fut douloureux et suivi d'une éruption varioloïde, après laquelle sa santé se trouva si dérangée qu'il fallut différer de trois mois le traitement pour lequel j'avais été appelé. Lorsque je pus l'entreprendre, il me suffit de diminuer la sensibilité de l'urètre, au moyen des bougies, et de débrider le méat urinaire, pour faire cesser les douleurs et l'écoulement de sang : tous les phénomènes morbides disparurent en peu de temps. Un grand nombre de faits analogues se sont offerts à moi, et constamment j'ai obtenu un résultat aussi heureux de l'emploi des mêmes moyens.

L'hématurie a lieu bien plus fréquemment quand un obstacle organique quelconque oblige l'urine à séjourner dans la vessie. Quelle que soit la nature de cet obstacle, si le vis-

cère éprouve une distension qui se prolonge ou se répète un certain nombre de fois, l'urine peut devenir sanguinolente. Les faits suivans le démontreront.

Un peintre, âgé de soixante-et-dix ans, éprouvait depuis plusieurs années des difficultés d'uriner. Les besoins devinrent de plus en plus rapprochés, et il fallait de longs efforts pour les satisfaire. Le malade, d'un caractère assez insouciant, s'occupa d'autant moins de cette indisposition qu'il ne souffrait pas. A la suite d'un petit voyage en voiture, les difficultés d'uriner s'accrurent, et l'urine sortit chargée de sang; mais la promptitude avec laquelle le liquide revint à son état naturel ramena bientôt la sécurité que cet accident avait un peu troublée. Plus tard, le sang reparut en plus grande quantité, et, pendant plusieurs jours, les bains, le repos et les boissons adoucissantes eurent le même succès que la première fois; il ne resta de cette attaque que des besoins d'uriner plus fréquens, plus difficiles à satisfaire; l'urine coulait souvent goutte à goutte, ou par un très petit jet; quelquefois même, elle s'échappait à l'insu du malade. Une troisième hématurie se déclara; pendant trois jours, il sortit une quantité de sang considérable, et il survint une rétention complète, qui durait déjà depuis douze heures quand je fus appelé. L'impossibilité d'introduire une sonde ordinaire, à cause de l'étroitesse du canal, et la nécessité d'apporter un prompt secours, me déterminèrent à faire usage d'une très petite sonde. Cet instrument pénétra avec peine, mais sans que j'eusse besoin d'employer la force, et donna issue à beaucoup d'urine noire et fétide. Au bout de deux jours, la sonde métallique fut remplacée par une autre en gomme élastique, dont j'accrus successivement le volume de sorte qu'en un mois le canal se trouva dilaté au point d'admettre un instrument de trois lignes. Ce fut au huitième jour seulement que le sang cessa de couler avec l'urine; celle-ci peu-à-peu s'éclaircit et perdit son odeur fétide. Mais la ves-

sie avait perdu la faculté de l'expulser, ou du moins elle ne se débarrassait que du trop-plein. Je fus donc obligé de m'astreindre à la vider deux fois par jour : chaque fois, je retirais plus d'une pinte de liquide. Les injections froides n'eurent pas un effet aussi prompt que de coutume, car plusieurs mois furent nécessaires pour ranimer la contractilité vésicale. J'y parvins néanmoins; pendant sept années que le malade a survécu, il n'a éprouvé que de loin en loin de légères difficultés d'uriner, qui cédaient toujours à l'introduction de la sonde, et il n'a jamais rendu de sang.

Deux états morbides existaient ensemble ici : le rétrécissement de l'urètre et l'atonie de la vessie. Celle-ci devait son origine à la coarctation urétrale; mais elle était arrivée au point que l'émission de l'urine ne pouvait se faire d'une manière complète, même après la destruction du rétrécissement.

Le cas suivant n'est pas sans analogie avec celui que je viens de rapporter. Il fournit d'ailleurs un exemple des difficultés que peut présenter le diagnostic de l'hématurie. Depuis long-temps, un homme plus que septuagénaire éprouvait de légères difficultés d'uriner, et rendait de petits filamens muqueux par l'urètre. L'exploration du canal me prouva qu'il était rétréci. Une légère dilatation des points resserrés produisit une amélioration notable, et le malade ne jugea pas nécessaire d'aller plus loin. Un an après il fut pris d'une hématurie, à laquelle on opposa les diurétiques, les astringens et les applications froides. Ce traitement n'ayant pas eu de succès, on pensa qu'il existait quelque lésion profonde à la vessie, et je fus consulté de nouveau. Je reconnus que le viscère quoique petit, était fort distendu, et qu'il formait une tumeur dure derrière les pubis; j'appris que le malade urinait depuis long-temps par un jet très fin, que l'urine était sanguinolente, et qu'elle ne sortait, pour ainsi dire, que goutte à goutte. N'ayant pu introduire une sonde

de calibre moyen, je fus plus heureux le lendemain avec une autre très petite, que je laissai à demeure dans la vessie. Dès-lors, tous les accidens cessèrent, et au bout de trois jours l'urine avait repris sa couleur naturelle. L'impossibilité de voir le malade tous les jours me fit renoncer à la dilatation temporaire. C'est par des sondes à demeure, d'un volume croissant, que je ramenai le canal à son calibre ordinaire.

Nul doute ici que l'hématurie ne fût le résultat de la distension des parois vésicales par l'urine accumulée. A l'époque où je vis le malade, on suspendit tout traitement interne auquel la cessation du pissement de sang eût pu être attribuée. L'expérience me permettait déjà de garantir le résultat par le seul emploi de la sonde, à laquelle personne n'avait songé parce que la vessie ne formait point, à la région hypogastrique, cette tumeur considérable qui ne s'y prononce, comme je l'ai dit, que dans les cas où le viscère a une grande capacité. L'atonie de l'organe était moins avancée chez ce sujet que chez le précédent : aussi la guérison fut-elle plus prompte : elle n'exigea que les sondes, les bougies et un petit nombre d'injections. Le malade n'ayant pas négligé les précautions que je lui indiquai, pour prévenir le retour du rétrécissement, le sang ne reparut plus dans l'urine.

M. D. de Richemond, à-peu-près septuagénaire, avait éprouvé, à des intervalles fort éloignés, quelques dérangemens dans les fonctions de la vessie, mais trop légers pour lui inspirer des inquiétudes. En juillet 1840, il fut atteint d'une affection pulmonaire, avec accidens cérébraux, pour laquelle il recevait les soins de M. Cruveilhier, qui se félicitait du résultat, lorsque, vers le commencement d'août on vit apparaître du sang dans l'urine. Le malade avait aussi quelque peine à vider sa vessie. On déploya toutes les ressources de la médecine contre ces nouveaux accidens ; mais

le sang ne fit qu'augmenter, à tel point qu'on en estimait la quantité à la moitié du liquide rendu. Quelques légères douleurs du côté de la vessie ayant pris de l'accroissement, je fus appelé en consultation. L'urine que le malade avait évacuée, et celle qu'on avait retiré avec la sonde, étaient noires, épaisses, et contenaient un certain nombre de caillots noirâtres. Il y avait de la fièvre, et l'hypogastre était sensible : mais on distinguait à peine la tumeur formée par la vessie. Je procédai à l'introduction de la sonde; l'urine, dont je fis sortir deux verres ordinaires, était de même nature que celle qu'on m'avait montrée. L'hypogastre, palpé immédiatement après, n'était plus sensible. L'introduction de la sonde n'avait été ni difficile, ni douloureuse. Je proposai de se borner, en ce qui concernait l'hématurie, à vider la vessie dès le second besoin qui se ferait sentir, et de suspendre tout traitement interne. Cet avis fut adopté, mais non exactement suivi. Le malade, craignant d'être sondé trop souvent, résistait pendant plusieurs heures au besoin d'uriner, et s'il lui arrivait de rendre spontanément quelques gouttes de liquide, il n'appelait pas son chirurgien. Aussi, le lendemain et le surlendemain, l'urine contenait-elle presque autant de sang qu'auparavant : il y avait également de la fièvre et de la douleur à l'hypogastre. En introduisant moi-même la sonde, je trouvai l'urètre plus sensible à la courbure et au col vésical; le passage de l'instrument était plus douloureux que la première fois, et les besoins d'uriner se manifestaient par des sensations plus pénibles. On avait donc à craindre une cystite aiguë, qui vraisemblablement eût été fatale. Nous fîmes comprendre au malade et à sa famille qu'il s'agissait de la vie, dont nous ne pouvions répondre si l'on négligeait l'emploi de la sonde. L'urine fut donc évacuée aussitôt que le besoin se faisait sentir, et ce besoin revenait à des intervalles moins longs; la vessie se contractait avec plus de force, le liquide était projeté plus

loin, et pour empêcher que les parois du viscère revinssent sur elles-mêmes avec trop de précipitation, je recommandai d'interrompre une ou deux fois l'écoulement de l'urine en appliquant le doigt sur l'orifice de la sonde. Dans les premières vingt-quatre heures, le sang diminua de moitié, et le lendemain il n'y en avait plus; l'urine était devenue normale. Les contractions vésicales avaient tellement augmenté, que le liquide coulait avant que la sonde fût parvenue dans l'intérieur de l'organe, et comme le passage de cet intrument causait toujours de la douleur au-dessous des pubis, je conseillai l'usage d'une bougie molle, en recommandant de n'en pas introduire plus de trois à quatre pouces. Ce moyen réussit parfaitement : le malade ne souffrait plus : à peine la bougie était-elle en place, que la vessie entrait en contraction et chassait l'urine. Le retour des contractions vésicales dispensa de recourir aux injections; l'urètre étant libre et la prostate à peine tuméfiée, il n'y avait pas d'autres indications à remplir. Plus tard, le malade éprouva de nouveaux accidens du côté de la poitrine et du cerveau, mais les fonctions de la vessie ne furent pas notablement troublées.

Dès la première visite que je fis à M. de Richemond, mon opinion fut arrêtée sur le compte de l'hématurie dont il était atteint. Je n'hésitai pas à prédire l'issue du traitement que je proposais, parce que j'avais vu, dans une foule d'autres cas analogues, le pissement de sang céder à la seule précaution d'empêcher l'urine de distendre la vessie.

Mais il ne suffit pas de porter un diagnostic exact : il faut aussi apprécier la marche de la maladie, et déterminer les progrès qu'elle a pu faire; car le traitement que j'ai indiqué devient inutile lorsque le malade est complètement épuisé, et que la rétention d'urine, jointe à l'hématurie, a déjà produit une perturbation qui rompt tout équilibre.

Je fus appelé, en 1839, pour sonder un ancien militaire, depuis long-temps sujet à des difficultés d'uriner, qu'il né-

gligea tant que les douleurs furent supportables. La rétention finit par devenir complète, et quand j'arrivai près de lui les angoisses étaient extrêmes. Je retirai de la vessie une pleine cuvette d'urine noire et fétide : des caillots de sang sortirent aussi par la sonde. L'urètre était très irritable, et la prostate tuméfiée. Le malade éprouva un grand soulagement; mais l'agitation persista, ainsi que la fièvre, et le délire survint au troisième jour. La sonde, introduite plusieurs fois par jour, n'amenait qu'un liquide épais, noirâtre et fétide. Des symptômes ataxiques se déclarèrent, et la mort eut lieu le huitième jour.

Un Espagnol, plus que sexagénaire et bien constitué, rendit un peu de sable rouge avec l'urine, sans attacher nulle importance à ce phénomène. Quelques années après, ayant quitté Paris, il fut pris en route de difficultés d'uriner et même de rétention d'urine, qui le forcèrent de s'arrêter à Chartres, où l'on essaya de le sonder : au lieu d'urine, il ne sortit qu'une petite quantité de sang. Le malade revint à Paris, dans l'espoir d'y trouver de meilleurs soins. Il s'adressa d'abord à un praticien fort distingué, mais qui, n'ayant pas l'habitude de traiter ces sortes d'affections, ne s'aperçut point que la vessie formait une tumeur considérable à la région hypogastrique. La sensibilité du lieu, l'urine sanguinolente expulsée sans de grands efforts et l'inclinaison de la tumeur à gauche firent méconnaître la nature du mal; on se contenta d'appliquer des sangsues et des cataplasmes émolliens. Les accidens s'aggravèrent peu-à-peu, et le malade tomba dans un état comateux, qui effraya ses alentours. Appelé alors seulement, je reconnus de suite que la tumeur était produite par la vessie; la sonde, introduite dans le viscère, retira une grande quantité d'urine noirâtre et fétide. Cette évacuation soulagea immédiatement le malade de ses douleurs abdominales et pelviennes; mais l'état général ne s'amenda pas, et la mort arriva le troisième jour. J'avais dû

me borner à vider la vessie trois fois par jour, au moyen d'une sonde, par laquelle s'échappait un liquide toujours fétide et fortement teint de sang.

Le nombre est grand, malheureusement, des sujets qui succombent de cette manière, et qu'une pratique plus éclairée conserverait sans aucun doute. Mais les malades ont, en général, beaucoup de répugnance pour le cathétérisme, les chirurgiens ne s'exercent point assez à cette opération, et les médecins font trop souvent la médecine du symptôme.

Des divers cas que je viens de rapporter, et qu'il m'eût été facile de multiplier, il ressort un fait important, dont on n'a tiré aucun parti dans la pratique, où néanmoins il devrait jouer un grand rôle; c'est l'aptitude des parois vésicales à laisser échapper du sang lorsque l'accumulation de l'urine détermine une distension plus ou moins forte et prolongée du viscère. L'occasion ne manque pas d'observer ce phénomène : car on est souvent appelé à pratiquer le cathétérisme pour mettre fin à des rétentions d'urine, et de quelque cause que celles-ci dépendent, si elles sont complètes, si elles durent depuis plusieurs heures, si surtout le malade compte un certain nombre d'années, rien n'est plus commun que de retirer une urine plus ou moins sanguinolente. Et je ne parle pas ici du sang qui peut résulter de l'introduction de la sonde, puisqu'on distingue aisément celui-là, et que d'ailleurs on en évite sans peine l'écoulement, en procédant avec lenteur et sans efforts. Une circonstance prouve que le sang mêlé à l'urine ne dépend pas de l'action des instrumens, comme on le croit trop généralement; c'est que si, après avoir débarrassé la vessie du liquide noirâtre que le premier cathétérisme amène au-dehors, on y reporte la sonde, ou que le malade puisse uriner de lui-même avant que le viscère soit surdistendu de nouveau, le liquide est moins brun, qu'il a même quelquefois sa teinte naturelle, et que, dans les cas les plus défavorables, sa sangui-

nolence diminue d'une manière progressive, bien qu'on continue de sonder.

Je rappellerai ici une expérience que j'ai faite il y a une quinzaine d'années. Je donnais des soins à un malade affecté d'un tel racornissement de la vessie, qu'il était obligé d'uriner tous les quarts d'heure. Après avoir employé sans succès une multitude de calmans, j'essayai d'augmenter la capacité de la vessie par des injections forcées d'eau tiède, tantôt simples, tantôt chargées d'opium et de belladone. Lorsque je poussais avec une certaine force, le liquide sortait teint de sang, tandis que, quand j'agissais avec lenteur, en m'arrêtant dès que j'avais provoqué un pressant besoin d'uriner, le liquide revenait sans avoir changé de couleur. L'effet se reproduisit si souvent, qu'il ne me fut pas permis de douter que l'exhalation sanguine dépendait de la distension de la vessie. Depuis lors, j'ai eu des occasions fréquentes de répéter l'expérience sur d'autres malades, et avec le même résultat. Quelquefois cependant le sang n'est pas venu, quoique l'injection eût été poussée avec assez de force pour déterminer une vive douleur et un besoin irrésistible d'uriner. Mais on ne peut conclure de ceci autre chose sinon que le phénomène n'a pas lieu chez tous les hommes, et effectivement il y a des rétentions d'urine, même fort anciennes, dans lesquelles on ne l'observe point.

A la catégorie dont je m'occupe en ce moment appartiennent un grand nombre d'hématuries qu'on avait rattachées à des causes sans portée, et pour lesquelles le traitement usité se réduisait à des formules purement empiriques. Car, je le demande, que peut-on espérer en pareil cas de l'eau de Rabel et de tous les styptiques si généralement usités, ou des antiphlogistiques non moins fréquemment employés, si ce n'est, pour ces derniers, quand la rétention d'urine, dont l'hématurie est la conséquence, dépend d'un état inflammatoire du col vésical? encore même, dans beaucoup

de ces cas, convient-il de pratiquer d'abord le cathétérisme.

Puisque la surdistension de la vessie est, à mon sens du moins, la plus fréquente de toutes les causes de l'hématurie, le praticien, appelé à combattre cette dernière affection, doit commencer par rechercher si le viscère est distendu; car de toute évidence lorsqu'il le trouve plein, le véritable moyen de guérison consiste à faire qu'il puisse se vider aisément de son contenu; on applique ensuite le traitement qui convient contre les névralgies du col vésical, les rétrécissemens de l'urètre, l'atonie de la vessie, etc.

2° Hématurie chez les calculeux.

La présence d'une pierre dans la vessie donne souvent lieu à un écoulement de sang, qui peut même devenir assez abondant. La plupart des auteurs font jouer, sous ce rapport, un grand rôle aux aspérités qui garnissent la surface de certains calculs. Il est probable, dit Chopart, que l'hématurie provient du déchirement des vaisseaux de la tunique interne, lorsque des pierres rugueuses et flottantes froissent les parois du viscère. Mais l'observation démontre que les calculs hérissés ne donnent pas plus souvent lieu à cet accident que ceux dont la surface est lisse et polie. L'hématurie dépend ici tantôt du frottement que le corps étranger aura produit sur la face interne du viscère pendant la marche et les mouvemens du sujet, tantôt des contractions énergiques qu'exécutent les parois vésicales, lorsque, l'urine cessant de couler, elles viennent s'appliquer avec force sur la pierre. Dans ce dernier cas, le sang ne paraît que quand le malade a fini d'uriner, au moment où il souffre le plus et éprouve le besoin de pousser pour chasser les dernières gouttes.

Ces sortes d'hématuries sont toujours peu abondantes, à moins qu'il n'existe en même temps une lésion profonde des parois de la vessie, comme fongus, excroissances, ulcérations,

circonstances sur lesquelles je reviendrai plus loin. Comme je me suis déjà occupé de ces hématuries dans le Traité de l'affection calculeuse, je ne reviendrai pas sur les observations que j'ai présentées à leur égard. Il suffit de rappeler que le premier pas à faire est de s'assurer de l'existence du calcul, sans perdre de vue que, dans certains cas, le diagnostic présente des difficultés, et l'on est contraint de varier les moyens d'exploration. Une fois le corps étranger reconnu, la marche à suivre est simple et facile. On ne doit s'occuper de l'hématurie qu'autant qu'elle fournit des indices relativement aux caractères physiques de la pierre ou à l'énergie des contractions vésicales. Sous ce dernier point de vue surtout, l'exhalation sanguine a de la portée, en ce qu'elle peut influer sur le choix de la méthode à mettre en usage pour débarrasser le malade.

3° Hématurie par suite de lésions organiques.

Nous avons vu, en traitant des lésions organiques du col et des parois de la vessie, notamment des fongus, que des écoulemens sanguins plus ou moins abondans accompagnent souvent ces lésions, surtout lorsqu'elles ont pris un certain développement. Il arrive aussi quelquefois, dans les cas d'ulcérations de la vessie, que l'urine contient une quantité considérable de sang. Ces hématuries méritent attention sous plus d'un rapport, eu égard au malade et au praticien.

Elles frappent beaucoup les malades, ceux principalement qui ont peu souffert jusque-là, ou qui se sont fait illusion sur les conséquences des troubles qu'ils éprouvent du côté de l'appareil urinaire. Or, le nombre est grand des personnes qui, par insouciance ou par crainte, laissent acquérir un grand développement aux affections de la vessie, et ne se décident à prendre un parti que quand elles voient surgir quelque phénomène insolite, qui les frappe de surprise;

l'apparition du sang dans l'urine est un de ceux dont elles se préoccupent le plus.

Pour les praticiens, le pissement de sang a aussi de la portée. Il avertit que la lésion organique a fait des progrès, et que la membrane muqueuse qui couvre ou avoisine la partie malade est sortie elle-même des conditions normales. La quantité de sang qui s'écoule, la manière dont cette évacuation a lieu, et les particularités dont elle est accompagnée peuvent également lui fournir des lumières. Le moins qu'il en résulte, c'est de faire sentir la nécessité de recourir à des moyens précis d'exploration qui permettent de déterminer la nature, l'étendue et la gravité de l'état morbide dont l'hématurie est la conséquence. J'ai vu beaucoup de malades qui se croyaient affectés de la pierre, par la seule raison qu'ils rendaient du sang avec l'urine; et, chez la plupart, j'ai reconnu qu'au lieu du calcul supposé, il y avait quelque lésion organique du col ou du corps de la vessie.

Il est néanmoins des cas, peu nombreux à la vérité, dans lesquels aucune des méthodes d'exploration dont l'art dispose aujourd'hui, ne parvient à faire reconnaître la cause de l'hématurie. Le malade souffre, et depuis long-temps; on remarque chez lui des indices de catarrhe, des difficultés d'uriner. Mais ce qu'on découvre ne rend pas raison du délabrement de la santé, de l'état fébrile plus ou moins continu, effets qui ne sauraient être attribués à l'écoulement sanguin, puisque ce phénomène est purement secondaire, que le sujet souffrait et maigrissait avant de rendre des urines sanguinolentes, et qu'on peut perdre beaucoup de sang par l'urètre sans que la santé générale en ressente nulle atteinte. On serait tenté d'admettre alors des hémorrhoïdes vésicales, et cela d'autant plus volontiers que fort souvent les malades ont été ou sont encore tourmentés par de véritables hémorrhoïdes. Mais les autopsies qu'il a été permis de faire ne justifient pas cette supposition. Rien n'est moins commun

que de trouver l'appareil vasculaire plus développé que dans l'état normal, et fréquemment on ne découvre rien qui puisse éclairer sur l'origine de l'hématurie. J'ai vu, en effet, la membrane muqueuse, notamment près du col vésical, phlogosée, soulevée, noirâtre et parsemée d'arborisations ; mais rien de semblable ne s'observait dans d'autres cas où l'hématurie avait eu lieu également pendant la vie, et le même état de chose se rencontre souvent dans le catarrhe vésical, sans qu'il y ait eu vestige d'écoulement de sang par la verge.

L'examen des cadavres n'apprenant rien, force est de s'en tenir à ce qu'on remarque sur le vivant : souvent, le cas est complexe. Ce n'est qu'après une série de circonstances successives que l'hématurie s'est établie et qu'elle a acquis de la gravité. Presque toujours, l'urètre est irritable, et la vessie, paresseuse, fonctionne incomplètement. Le sang mêlé avec l'urine, et dont la quantité s'accroît peu-à-peu, apparaît surtout au milieu d'évènemens capables d'augmenter les difficultés d'uriner, comme voyages prolongés en voiture ou à cheval, fortes contentions d'esprit, excès de coït, abus de certaines boissons. En examinant les autres fonctions et remontant l'échelle des temps, on apprend que les malades ont eu, la plupart, des saignemens de nez, quelques-uns des hémoptysies, d'autres des hémorrhoïdes. Souvent aussi, les fonctions digestives, la défécation surtout, ont éprouvé de grands désordres. J'ai soigné un ancien employé aux postes, qui, après avoir ruiné sa constitution par des excès de tout genre, devint sujet à l'hématurie et à la gravelle. Excepté une atonie vésicale peu prononcée, je ne découvris chez lui aucune lésion de l'appareil urinaire à laquelle l'évacuation sanguine pût être attribuée. Les injections et l'usage de la sonde pour aider la vessie à se débarrasser de son contenu, semblèrent produire une amélioration qui ne se soutint pas ; à la vérité, les prescriptions furent mal exécutées. Le malade était découragé, et sa mobilité extrême ne lui permettait pas

de s'astreindre aux exigences d'un traitement régulier et long. Quelques semaines après, l'hématurie reparut, assez abondante pour faire naître des inquiétudes, mais sans cause appréciable. Le malade était soumis à un régime sévère, et à peine sortait-il de la chambre ou du lit : il avait une fièvre continuelle. Cette hématurie cessa au bout de trois jours. Plus tard, elle récidiva, sans qu'il fût possible de la rapporter à rien. Plusieurs mois après, je fus appelé de nouveau; le malade avait rendu un gravier auquel il attribuait la source de ses maux. Je dus le détromper : ce gravier était de formation récente, et n'offrait rien d'extraordinaire.

J'ai cité les voyages comme étant une circonstance propre à provoquer l'hématurie. J'ai vu plusieurs personnes qui, à la suite de voyages, même assez courts, ont rendu des quantités considérables de sang. Tel était, entre autres, un Anglais, chez lequel l'accident survint à son arrivée de Londres. Plusieurs fois déjà il avait eu des difficultés d'uriner, à la cause desquelles on n'avait pas remonté. Je n'eus pas de peine à me convaincre que la prostate, énormément tuméfiée, refoulait le col vésical en arrière, et le déviait en haut. La vessie était paresseuse ; elle se laissait distendre par l'urine, et le sang arrivait ensuite.

Les tuméfactions partielles ou totales de la prostate et les fongus du col de la vessie avec complication d'atonie vésicale sont les affections avec lesquelles coïncident le plus grand nombre des hématuries. Il y a là un enchaînement que le praticien ne doit pas perdre de vue. La lésion organique du col de la vessie a été la cause principale de l'atonie du viscère, et de ces deux causes réunies, il résulte que, l'urine sortant avec peine, les parois vésicales s'écartent, se distendent, et l'exhalation sanguine a lieu.

Le traitement rentre dans celui que j'ai indiqué contre les affections de ce genre. Comme l'incontinence d'urine, l'hématurie n'apporte que de très légères modifications aux mé-

thodes curatives. Le sang cesse de se montrer dès qu'on aide la vessie à se débarrasser de son contenu.

J'ai rencontré un certain nombre de malades rendant par l'urètre, tantôt accidentellement, tantôt d'une manière presque continue, une certaine quantité de sang mêlé à l'urine, sans qu'il me fût possible de reconnaître quelle était au juste la cause de cette exhalation. La plupart du temps il y en avait plusieurs réunies, à chacune desquelles il eût été bien difficile de faire sa part. Ces cas sont les plus embarrassans pour le praticien. Il s'agit presque toujours de sujets très irritables, très mobiles, souffrant depuis long-temps, découragés par des traitemens qui souvent n'ont été inutiles que parce qu'ils n'ont pas eu le courage de les suivre avec assez de persévérance, en sorte que quand l'hématurie se déclare, le mal a déjà fait de grands progrès. Je citerai le fait suivant à titre d'exemple.

Un médecin de Paris, d'un tempérament nerveux, facile à impressionner, était atteint depuis long-temps d'une irritation névralgique du col vésical avec atonie de la vessie ; de là un trouble dans l'excrétion de l'urine, qui le faisait beaucoup souffrir. Des explorations multipliées, faites par divers chirurgiens, donnèrent la certitude que la vessie ne contenait pas de corps étranger, que la prostate était légèrement tuméfiée, et que l'urètre était libre. Le malade avait ressenti, à différentes époques, de fortes douleurs vagues et passagères dans diverses parties du corps, et plus d'une fois il avait rendu par l'anus une certaine quantité de sang, qui avait fait craindre l'existence d'une lésion organique profonde de cet intestin. Les moyens que j'ai coutume d'employer contre les névralgies urétrales n'eurent qu'un demi-succès, qui ne se soutint même pas, et de temps en temps le malade était obligé d'introduire la sonde pour aider sa vessie à se débarrasser de l'urine, la nuit surtout. Un jour la sonde se trouva arrêtée à la partie membraneuse de l'urètre; les efforts réi-

térés du malade firent sortir du sang, qui venait évidemment du canal, puisque, quand l'instrument eut pénétré dans la vessie, l'urine sortit limpide. Mais bientôt celle-ci devint sanguinolente , et le sang y était assez abondant pour former de nombreux caillots. Cependant l'accident se dissipa, et l'urine revint à l'état normal. A la vérité, elle n'y demeura pas long-temps. Les difficultés d'uriner se reproduisirent; le malade souffrait constamment dans l'excavation pelvienne, spécialement au rectum; il y avait de temps en temps des indices de catarrhe vésical, et plus d'une fois l'urine fut chargée de sang, ce qui arrivait surtout lorsqu'il fallait recourir à la sonde. Du reste, l'appétit était bon et le sommeil réparateur, interrompu seulement plusieurs fois chaque nuit par les besoins d'uriner. Ce qui rendait le cas grave, c'était l'anxiété extrême du malade, sa mobilité, son irrésolution, qui le mettaient hors d'état de suivre un traitement régulier. A peine obtenait-il un léger soulagement, qu'il renonçait à tout: d'ailleurs, quelques antécédens, les sensations et les troubles des fonctions du rectum ne permettaient pas de douter que cet intestin avait été le point de départ des accidens; la vessie et surtout le col vésical, qui étaient alors les parties les plus affectées, n'avaient été pris que secondairement. A la fin, le malade perdit tout courage; la santé générale, qui était demeurée assez bonne jusqu'alors, se dérangea à son tour, et les progrès de l'affection locale, quoique lents, finirent par rendre l'existence insupportable, malgré tous les calmans auxquels on eut successivement recours.

Les malades, même les plus éclairés, sont mauvais juges dans leur propre cause. Celui-ci m'en fournit une nouvelle preuve. Il déplorait sans cesse l'insuffisance des ressources de l'art, et ne comprenait pas qu'elle venait tout entière de lui. Il aurait voulu guérir en quelques jours, en quelques heures, et il était atteint d'une affection grave, ancienne, compliquée, intéressant plusieurs organes. Personne ne sa-

vait mieux que lui qu'une semblable lésion ne peut céder qu'à des traitemens longs, habilement combinés et exécutés avec ponctualité ; mais il n'appliquait pas ce précepte à sa personne. Sa vie s'éteignit au milieu de pénibles angoisses ; mais il a voulu qu'on étudiât mieux les maladies de l'appareil urinaire, et, dans ce but, il a légué à l'Académie de médecine une fondation destinée à encourager et récompenser les travaux relatifs à ces sortes d'affections.

L'introduction de la sonde, à laquelle il procédait avec trop de précipitation, a souvent contribué à déterminer chez lui l'hématurie, et bien que le sang vînt alors spécialement du col vésical, il était parfois assez abondant. Mais plus d'une fois aussi du sang a paru dans son urine, quoiqu'il n'eût pas été sondé ; c'est qu'il y avait atonie de la vessie, que l'urine distendait ce viscère outre mesure, et qu'alors une exhalation sanguine se faisait à sa surface. Quelquefois cependant l'hématurie avait lieu, bien que la vessie se vidât d'une manière assez complète ; car la névralgie du col n'était pas plus permanente que l'atonie du corps de l'organe. Ce qu'il y avait de constant, c'était l'irritation douloureuse du rectum, et le trouble déjà fort ancien des fonctions de cet intestin. Sous l'influence de cette irritation, il s'établissait une congestion sanguine vers les organes urinaires, et la moindre cause suffisait ensuite pour provoquer l'exhalation. J'ai cru remarquer que la même chose arrivait dans certaines maladies de la matrice, qui, à une époque quelconque de leur développement, s'accompagnent aussi quelquefois d'un pissement de sang.

4° Hématurie dans l'inflammation de la vessie.

Les inflammations vives de la vessie entraînent quelquefois un pissement de sang assez considérable, et qui peut persister pendant la plus grande partie de la période aiguë. Le traitement est celui de la cystite, car l'hématurie n'en exige

aucun pour elle-même ; elle annonce que la phlegmasie est portée à un haut degré. Quant à celle qui coexiste avec le catarrhe vésical, je m'en occuperai en traçant l'histoire de cette dernière maladie.

C'est à l'inflammation ou tout au moins à l'irritation de la vessie ou des reins que paraissent devoir être rapportés certains pissemens de sang, qu'il serait assez difficile d'expliquer autrement.

J'ai vu l'usage immodéré des truffes déterminer l'hématurie à plusieurs reprises, et le fait s'est reproduit assez souvent, chez un de mes malades, pour qu'on ne pût conserver aucun doute sur l'influence de cette cause.

Un étudiant en médecine, parvenu à la fin de ses études, ne quitta sa chambre pendant trois mois que pour aller passer ses examens devant la Faculté. Pendant tout ce temps, il travailla avec opiniâtreté, se nourrissant mal, fumant sans cesse, et prenant beaucoup de café et d'eau-de-vie. Ce genre de vie lui attira un pissement de sang, qui dura près de huit jours. A la vérité, le sang ne coulait qu'en petite quantité, et souvent l'urine était à peine teinte. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que les premières éjaculations spermatiques furent également sanguinolentes. La suspension des travaux et un changement dans la manière de vivre amenèrent la cessation des accidens.

Il n'est pas rare de voir survenir l'hématurie à la suite des injections de baume de copahu, ou de teinture de cantharides, employées contre la faiblesse de la vessie et l'incontinence d'urine. J'en ai cité quelques exemples dans le chapitre précédent, et j'aurais pu sans peine en rapporter un plus grand nombre ; car les injections irritantes sont depuis quelque temps devenues un objet de mode pour certains praticiens.

J'ai été plusieurs fois en position d'observer les suites graves qu'entraîne ou peut entraîner l'usage des cantharides, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur; une foule de fait consignés

dans les auteurs attestent qu'il résulte souvent de là des hématuries graves.

5° Hématurie à la suite de coups, de violences, d'ébranlemens.

Fabrice de Hilden cite le cas d'un jeune homme fort et robuste qui se heurta le périnée contre l'angle d'un banc, en sautant. Il n'y eut pas de plaie à l'extérieur, et la douleur, très vive d'abord, s'apaisa bientôt. La nuit suivante, le malade rendit quelques livres de sang, ce qui l'affaiblit beaucoup.

Sœmmering a dit que l'ébranlement communiqué à la vessie par l'équitation ou une voiture mal suspendue peut donner lieu à l'hématurie, et l'on cite surtout à ce sujet l'exemple de l'illustre Paré, qui fut atteint d'un pissement de sang à la suite d'un voyage en poste pour se rendre au camp de Perpignan. J'ai bien rencontré quelques pissemens de sang chez des personnes qui s'étaient trouvées dans l'un ou l'autre de ces deux cas ; mais il y avait chez elles d'autres causes, d'une grande portée, tantôt une paresse de vessie, tantôt des excroissances fongueuses au col vésical. L'hématurie n'est pas sans exemple non plus dans les corps de cavalerie ; mais là, aux fatigues du service, se joint l'influence des intempéries des saisons, de l'abus des boissons alcooliques. Pour être fondé à dire que l'équitation produit l'hématurie, il faudrait être assuré qu'aucune autre circonstance n'a pu contribuer à faire naître le phénomène, et jusqu'ici on n'a pas même songé à douter. En ce qui me regarde, je n'ai point encore vu de cas dans lequel l'exercice du cheval ait, à lui seul, déterminé le pissement de sang.

Dans un cas rapporté par Stahl, un voyage en voiture occasiona une hématurie grave. Mais le malade était dans un état d'ivresse, qui pouvait entraîner la paresse de la vessie et sa distension par l'urine, états que nous avons vus jouer un si grand rôle dans la production de l'écoulement sanguin

qui se mêle à la sécrétion rénale. Les choses ne furent pas envisagées sous ce point de vue ; on admit une rétrocession de rhumatisme et une conséquence du flux hémorrhoïdal.

6° Hématurie dépendante des variations atmosphériques.

Les intempéries de l'atmosphère figurent parmi les causes propres à produire le pissement de sang. Les chirurgiens militaires ont eu occasion de voir, en Egypte, des hématuries assez graves, qu'on attribuait spécialement à la haute température de cette contrée ; notre célèbre Dubois en fut atteint l'un des premiers, et ce fut la principale cause de son retour précipité.

Les voyageurs et les praticiens d'Europe qui exercent sous les tropiques, nous apprennent qu'en divers endroits l'hématurie est endémique, tantôt accompagnée de la gravelle, tantôt indépendante de cette maladie. J'ai démontré ailleurs que la pierre et la gravelle ne sont point rares dans les pays chauds, et que la gravelle s'y accompagne de symptômes très graves, au premier rang desquels figure le pissement de sang. Du reste, l'hématurie endémique peut offrir toutes les variétés imaginables. Parmi les indigènes, les enfans y sont plus sujets que les grandes personnes. Les étrangers qui vont s'établir dans les contrées équatoriales ne tardent pas à en être pris. Quelquefois elle cesse pour ainsi dire d'elle-même, et dans d'autres circonstances elle résiste à tous les traitemens, même au changement de climat. Du reste, elle a lieu souvent sans douleur, et parfois aussi elle est accompagnée d'accidens fort graves. Ce qui frappe le plus, c'est que des sujets d'une complexion assez faible puissent perdre impunément, pendant longues années, une ou deux onces de sang par jour, sans que la santé se dérange. Un malade, cité dans le travail qu'a publié récemment M. Rayer, fut pris, pendant la traversée d'Amérique en Europe, d'une éruption

de taches analogues à celles qu'on voit survenir chez certains calculeux, et dont j'ai parlé.

Lorsque l'hématurie a duré pendant long-temps dans les pays chauds, le changement de climat de suffit pas pour la faire cesser. L'habitude que l'économie a contractée de cette évacuation fait qu'elle persiste ou se reproduit dans les régions tempérées ; mais on a remarqué que cette reproduction affectait les formes les plus variées.

7° Hématurie par lésion de la vessie dans le cathétérisme.

On a beaucoup parlé de déchirures produites par la sonde, quand elle est dirigée par une main inhabile. Je suis loin de contester que, dans certains cas, l'hématurie n'a pas d'autre cause. Le fait suivant, publié par Home, mérite d'être cité. Un septuagénaire éprouvait de fréquens besoins d'uriner, difficiles à satisfaire, et même de temps en temps des rétentions complètes. La sonde, arrivée au col de la vessie, fut arrêtée : cependant elle pénétra, et fit sortir deux pintes d'urine. Le malade put ensuite uriner, mais d'une manière incomplète. Dans un moment où la vessie était distendue, il survint une hématurie, qui dura sept heures : on évalua à trois pintes l'urine et le sang qui furent rendus à-peu-près en parties égales. Le lendemain, distension énorme de la vessie par de l'urine sanguinolente. L'hématurie se représenta deux fois encore, et au bout de trois semaines, le malade périt d'épuisement. Les parois vésicales étaient épaissies, et la membrane lacérée par trois rangs de piqûres, qui furent attribuées à l'instrument. L'auteur pense que le sang provenait de ces piqûres. Il ajoute que l'hémorrhagie arrivait quand la vessie était distendue, et non lorsqu'on introduisait le cathéter. Suivant lui, la distension de l'organe devait ouvrir les piqûres, dont le sang coulait, pour aller se déposer au fond du viscère. Cette explication fort singulière prouve

que Home n'avait pas observé tout ce qui se passe dans les cas nombreux où la vessie est distendue outre mesure.

8° Hématurie périodique.

Dans quelques cas, rares il est vrai, où l'observation la plus minutieuse ne fait pas découvrir la moindre cause à laquelle on puisse raisonnablement attribuer l'hématurie, le flux sanguin paraît être la conséquence d'une congestion sanguine vers les organes urinaires. C'est surtout alors qu'on voit le pissement de sang prendre un type en quelque sorte périodique, soit chez la femme, après l'âge critique, soit chez l'homme, principalement lorsqu'il a été atteint d'hémorrhoïdes.

On trouve dans les auteurs et la pratique nous offre de loin en loin des exemples d'hématuries périodiques. Lorsque ces écoulemens ont succédé à des flux menstruels ou hémorrhoïdaires, on les a considérés comme des métastases, comme des hémorrhagies supplémentaires ou succédanées, et c'est surtout la substitution de l'hématurie aux hémorrhoïdes fluentes qui a fait admettre les hémorrhoïdes vésicales dont j'ai parlé précédemment. Loin de moi la pensée de nier l'influence que la suppression d'une évacuation sanguine habituelle puisse avoir quelquefois sous ce rapport ; je l'admets d'autant plus volontiers qu'il s'est présenté des cas dans lesquels on ne pouvait réellement la révoquer en doute. Mais ce qu'il faut regretter, c'est qu'on ait trop étendu la portée de cette influence, qu'on l'ait généralisée quand il fallait peut-être la réduire au cadre étroit des faits exceptionnels, qu'on n'ait pas tenu compte de l'état des organes urinaires avant ou pendant le pissement de sang dit supplémentaire, et qu'on ait laissé de côté les exemples nombreux d'hématuries périodiques survenues chez des personnes dont le corps n'était assujetti à aucune évacuation sanguine régulière. Cependant, l'hypothèse mise de côté, il reste le fait incontesta-

ble, que je ne tenterai pas d'expliquer : certaines hématuturies reviennent à des époques réglées, et une fois la périodicité établie, elle se maintient quelquefois très long-temps.

L'hématurie périodique, surtout lorsqu'elle est déjà ancienne, présente une circonstance remarquable : elle n'incommode point le malade, elle ne le fait pas souffrir. Le sang qui s'échappe d'abord est presque pur, notamment si le flux a lieu avec rapidité ; à mesure que celui-ci se relentit, le liquide devient moins rouge, prend une teinte noirâtre, et se mêle à l'urine, qui peu-à-peu reprend sa couleur normale.

On a vu, et Chopart en cite un exemple, des femmes qui, aux époques menstruelles, avant, pendant ou après l'apparition des règles, étaient atteintes d'une hématurie offrant d'ailleurs des différences infinies relativement à la quantité de sang rendu et à la marche de l'écoulement. Ces irrégularités n'ont rien de surprenant, puisqu'il s'agit en général de personnes nerveuses, vaporeuses, chez lesquelles la menstruation se fait mal, accompagnée de grands désordres et de perturbations considérables. On cite des femmes qui ont rendu ainsi des quantités énormes de sang par l'urètre, sans que la constitution en souffrît.

Parmi les cas d'hématurie périodiques qui se sont offerts à moi, je citerai le suivant. M. D... avait été opéré par le procédé de la lithotritie, et quoique la prostate fût engorgée, l'opération n'avait ni présenté de grandes difficultés, ni entraîné beaucoup de douleurs ; le rétablissement fut prompt et complet. Quelques mois après, sans cause appréciable, une grande quantité de sang sortit avec l'urine, sans être précédée ni accompagnée de véritables douleurs ; la santé demeura aussi bonne après qu'avant. Tous les mois ensuite, et quelquefois à des époques plus ou moins rapprochées, la même évacuation s'est reproduite. Jamais on n'a pu la rallier à aucun état morbide, à aucun trouble fonctionnel. La seule chose à faire remarquer, c'est que

M. D... a un embonpoint considérable, qu'il se nourrit très bien, et qu'il travaille énormément pour compléter l'important ouvrage qu'il a entrepris sur l'état des arts au moyen âge. Fatigué des divers moyens auxquels on avait recours pour prévenir le retour de ces évacuations périodiques, parfois très abondantes, il a fini par ne plus rien faire. Au bout de quelques mois les pertes se sont éloignées, puis elles ont presque entièrement disparu, sans qu'il y eût rien de changé ni au régime ni aux habitudes de travail, et bien que le sujet ait fait depuis un long et fatigant voyage.

9° Hématurie critique.

Beaucoup d'auteurs parlent d'évacuations sanguines spontanées par l'urètre qui ont amené la terminaison de maladies graves. On a considéré ces pissemens de sang comme des efforts salutaires de la nature, comme de véritables crises. Je n'ai jamais rien observé de semblable, et je pense qu'on a fort bien pu se méprendre sur la véritable cause de l'hématurie. En effet, dans plusieurs des maladies dont on lui attribue d'avoir quelquefois amené la solution, il se rencontre l'atonie de vessie, la stagnation de l'urine et des lésions des parois vésicales, spécialement du col, sur lesquelles la plupart des médecins ne fixent pas leur attention. Or, nous avons vu que ces états sont précisément ceux qui amènent le plus fréquemment une exhalation de sang dans l'intérieur de la vessie. Ne serait-il donc pas possible que les hématuries qu'on a considérées comme des crises fussent tout simplement des accidens, des conséquences d'un état morbide inaperçu? Je n'émets qu'un doute, et je n'entends rien enlever aux faits anciens de leur valeur; mais il me paraît au moins évident que les hématuries critiques, telles qu'on nous les présente, réclament de nouvelles recherches, faites dans un tout autre esprit.

ARTICLE III.

De la fréquence relative de l'hématurie aux différens âges de la vie.

L'hématurie est tout l'opposé de l'incontinence d'urine. Celle-ci appartient de préférence aux enfans qui, du moins dans nos climats, sont fort peu sujets au pissement de sang, même lorsque leur vessie renferme un calcul. Il est assez rare que les explorations avec le cathéter ou la lithotritie déterminent un écoulement sanguin chez eux, ou s'il s'en déclare un, il est peu abondant, en comparaison de ce qu'on observe aux autres époques de la vie. Ce phénomène n'a guère lieu que dans les cas de vessies racornies qu'on cherche à distendre par des injections forcées.

C'est dans la vieillesse surtout qu'on observe les hématuries, notamment la plus commune de toutes, celle qui tient à l'atonie de la vessie, à sa surdistension, ou au développement de fongus et de tumeurs prostatiques. On avait pensé que cette fréquence dépendait du plus grand développement des vaisseaux sanguins. Il est bien constant que les lésions dont la vessie devient si souvent le siège chez les vieillards, entraînent le plus ordinairement une hypertrophie partielle ou totale du viscère; il n'est donc point étonnant d'après cela que l'on y trouve les vaisseaux sanguins plus prononcés. Mais la connexion entre cette disposition anatomique et l'hématurie ne se présente pas d'une manière bien claire à l'esprit, et nous avons vu d'ailleurs que le pissement de sang dépend presque toujours d'une autre cause locale. Néanmoins il ne faut pas se dissimuler que, chez le vieillard, ou du moins vers le commencement de la vieillesse, les habitudes de la vie, qui ont fait et qui font encore affluer le sang en abondance vers les organes contenus dans le petit bassin, favorisent la manifestation de l'hématurie. Joignons à cela des

constipations souvent opiniâtres, une nourriture trop succulente et hors de proportion avec les pertes du sujet, enfin la lenteur de l'éjaculation, qui fait que l'homme âgé demeure souvent dans un état prolongé d'érection.

ARTICLE IV.

Du pronostic de l'hématurie.

La gravité de l'hématurie dépend de la maladie dont ce symptôme est la conséquence. Si le pissement de sang tient à une surdistension passagère de la vessie, à l'usage de substances âcres et irritantes, à des excès, à des écarts de régime, il est généralement facile de la faire disparaître, en détruisant la cause qui lui donne naissance : souvent même on n'a pas besoin pour cela de recourir à un traitement spécial. Mais l'hématurie peut être un accident fort grave, lorsqu'elle se rattache à une lésion profonde des reins et de la vessie. La manière dont l'écoulement s'est manifesté, son abondance, sa durée, la facilité avec laquelle il reparaît à des époques rapprochées, la forme qu'il affecte, sont autant de circonstances qui influent plus ou moins sur le pronostic.

On a regardé comme un phénomène plutôt utile que nuisible le pissement de sang qui succède à la suppression d'une évacuation périodique ; les réflexions que j'ai présentées plus haut donnent à penser que cette opinion s'est peut-être accréditée un peu à la légère.

L'écoulement sanguin a été vu quelquefois assez abondant pour compromettre la vie du malade. Fabrice de Hilden en cite un exemple : l'hématurie existait depuis trois semaines, et la malade n'en avait point parlé par pudeur. Dans ces cas, heureusement rares, on ne saurait mettre ni trop de réserve à l'égard du pronostic, ni trop d'empressement à administrer des secours. Ils peuvent devenir fort embarrassans à cause des contre-indications ; les malades sont réduits à

un tel degré d'épuisement qu'on ne peut recourir aux saignées, ils supportent difficilement les applications froides, et les toniques à l'intérieur sont tantôt interdits, tantôt sans effet. Par bonheur, il n'est pas impossible, même alors, que des explorations convenablement dirigées fassent découvrir la cause, et qu'un traitement rationnel parvienne à arrêter le flux. L'un des malades, dont j'ai parlé, avait rendu beaucoup de sang depuis trois jours; la faiblesse était extrême, le pouls petit et fréquent; dès qu'on eut bien déterminé la nature de l'hématurie, il devint facile de l'enrayer, et les symptômes, après avoir diminué d'une manière progressive, finirent par disparaître entièrement.

Cependant le danger n'est pas toujours en proportion de l'abondance du sang; j'ai connu des malades qui en perdaient beaucoup depuis plusieurs jours, et qui se trouvaient à peine affaiblis, quoique leur constitution n'offrît pas de grandes ressources. Chez d'autres, au contraire, un écoulement passager et peu copieux avait suffi pour les abattre à un point extraordinaire. Un sujet, cité par Van Swieten, rendit huit livres de sang en peu d'heures, tant sous forme liquide qu'en caillots, dont la sortie lui causa beaucoup de douleur; cette hématurie, résultat de grands exercices d'équitation, se reproduisit au bout de quelque temps sous l'influence de la même cause; néanmoins le malade ne succomba qu'à une hydropisie. Tartra a rapporté un exemple de mort à la suite d'un pissement de sang qui n'avait rien d'extraordinaire, et Sœmmering parle d'un homme qui mourut de saisissement en voyant qu'il rendait du sang par la verge. Mais, je le répète, ces cas sont rares; peut-être même existait-il, dans ceux qu'ont conservé les annales de l'art, des dispositions spéciales inaperçues, qui ont contribué à rendre l'issue funeste.

ARTICLE V.

Du traitement de l'hématurie.

On a déployé contre l'hématurie un appareil imposant, dont les principales pièces se composent des saignées locales et générales, des applications émollientes, des boissons sédatives, en un mot, des anti-phlogistiques. On a spécialement insisté sur les émissions sanguines, comme agent de déplétion ou de révulsion. Les boissons acidulées et astringentes sont aussi employées avec une grande confiance. Parmi les médicamens les plus en crédit, je citerai les sucs d'ortie, de lierre terrestre et de feuilles de pêcher, l'eau de Rabel, le sang-dragon, le bol d'Arménie. Se montrer sobre en toutes choses, ne pas trop se couvrir dans le lit, éviter de se coucher sur le dos et s'abstenir de l'exercice à cheval sont autant de précautions qu'on présente comme étant très propres à favoriser l'action de ces divers moyens. Dans les cas les plus graves, on prescrit la diète, le repos absolu, l'abstinence des boissons, l'exposition du corps à l'air, les lavemens froids, les fomentations vinaigrées, les applications de glace sur les régions du corps qui correspondent à la vessie. On vante le laudanum de Sydenham joint à l'eau de fleurs d'oranger et à la liqueur d'Hoffmann. Quand on soupçonne l'hématurie d'avoir été provoquée par des purgatifs drastiques, on conseille les tisanes mucilagineuses abondantes, les décoctions de salep, de sagou, de tapioka; si l'on soupçonne une influence gastrique ou hépatique, on administre des laxatifs, des purgatifs salins, et Sœmmering disait qu'il ne craindrait pas de donner l'émétique. S'agit-il d'un pissement de sang attribué aux cantharides, on vante par dessus tout les émulsions camphrées, ou un mélange de lait et d'eau de chaux. La térébenthine, la busserole, la digitale et mille autres substances diverses comptent également des partisans.

Je ne ferai pas le procès en bloc à tous ces moyens, à quelques-uns desquels on ne saurait refuser d'être des auxiliaires dont le praticien ne doit pas dédaigner les secours. Mais, employés seuls, comme ils le sont d'ordinaire par ceux qui ont confiance en eux, ils doivent rarement réussir, attendu qu'ils ne sont pas de nature à attaquer le mal dans sa racine. D'ailleurs, ils ne sont pas seulement inutiles dans la grande majorité des cas, ils ont encore l'inconvénient de faire perdre un temps précieux; et même, les plus actifs d'entre eux, lorsqu'on les administre à haute dose, peuvent devenir dangereux. Chopart nous en fournit un exemple chez un septuagénaire, atteint depuis long-temps de douleurs à la vessie et de pissement de sang. Ce dernier symptôme ayant été attribué à une rupture des vaisseaux variqueux du col vésical, on gorgea le malade d'astringens et d'eau de Rabel, dont la dose fut portée à un demi-gros dans un verre d'eau sucrée. L'hématurie cessa, il est vrai; mais, le lendemain, maux de tête, assoupissement, convulsions, mort. A l'ouverture du corps, on trouva la vessie vaste et présentant, à la base du trigone, une ulcération entourée de petites fongosités mollasses. De leur côté, les adversaires des astringens ont prétendu qu'ils déterminaient une crispation, par suite de laquelle des ulcérations succédaient fréquemment à l'hémorrhagie. L'action de ces médicamens a donc été envisagée sous un bien singulier aspect, soit qu'on prétendît en démontrer l'efficacité, soit qu'on voulût en expliquer les mauvais effets.

Quelque bizarre que soit l'assemblage des moyens préconisés contre l'hématurie, il ne surprend plus dès qu'on réfléchit aux causes qui ont été assignées à cet accident : il nous prouve seulement que, dès qu'on part d'une supposition gratuite, on ne saurait plus s'arrêter dans le champ des hypothèses.

Si, laissant de côté les opinions émises touchant le méca-

nisme du pissement de sang, on se borne à observer la nature, on voit qu'un traitement des plus simples suffit, et une expérience déjà longue l'a parfaitement démontré. J'ai indiqué, dans l'exposé des faits, les principaux moyens dont ce traitement se compose : je n'aurai donc plus qu'à présenter une courte récapitulation.

On a vu que, dans l'hématurie, abstraction faite de l'hémorrhagie urétrale, le sang venait presque toujours de la surface interne de la vessie, et qu'il était le résultat de la surdistension des parois de cet organe par suite du séjour forcé de l'urine. La première indication est de vider la vessie et d'empêcher que le liquide s'y accumule de nouveau. Le traitement rentre donc dans celui de l'atonie vésicale. Appliqué d'une manière convenable et en temps utile, il ne m'a jamais fait défaut. L'opportunité est ici une condition de rigueur. On comprend, en effet, que quand la maladie a cessé d'être locale, et que l'ébranlement imprimé à l'économie a été assez considérable pour déterminer des accidens graves, il serait plus qu'inconsidéré de compter sur un procédé dont l'action est toute mécanique et purement locale. C'est dans ces cas complexes qu'il convient de recourir aux moyens généraux, et presque toujours aussi le résultat qu'on peut attendre de leur intervention, dépendant des progrès que le mal a déjà faits, on comprend combien il importe de prendre la maladie à son début, combien les tergiversations, les tâtonnemens peuvent devenir dangereux.

Ici, comme chez les sujets affectés d'atonie vésicale, l'emploi des premières sondes commande les plus grandes précautions pour les introduire, pour les retirer, et pour régler l'écoulement du liquide. Comme l'urètre et le col de la vessie sont presque toujours fort irritables, il faut prendre une sonde de deux lignes, l'introduire avec beaucoup de lenteur, s'arrêter quand le malade souffre, et s'il survient une épreinte, un besoin d'uriner, on en attend la fin avant de faire che-

miner l'instrument. Dès que celui-ci est parvenu dans la vessie, deux cas peuvent avoir lieu. Tantôt le liquide est projeté avec force : il faut alors, quand une partie de l'urine s'est écoulée, placer le doigt sur l'extrémité de la sonde, suspendre l'émission pendant quinze ou vingt secondes, et si la projection continue d'être forte, interrompre le jet une seconde, une troisième fois, afin que la vessie ne revienne pas sur elle-même avec trop de précipitation, et que, lorsqu'elle ne contiendra plus rien, elle ne s'applique pas avec trop d'énergie sur le bec de l'instrument. Tantôt, au contraire, l'urine coule pour ainsi dire en bavant, et tombe sans projection ; ici il n'est pas nécessaire de suspendre l'écoulement, qui se fait avec beaucoup de lenteur; loin de là même, on doit, vers la fin, appuyer la main sur la région hypogastrique, ou engager le malade à pousser, comme s'il voulait aller à la selle. Dans le premier cas, il y a augmentation de la contractilité, et dans le second diminution de la force expulsive, distinction importante à bien établir, car elle est d'une haute portée pour la direction à donner au traitement ultérieur. Du reste, l'introduction de la sonde a fait connaître s'il y a ou non déviation du col vésical, effet d'un engorgement prostatique, ou s'il existe quelque tumeur fongueuse.

Ainsi, sans avoir besoin de se livrer à aucune manœuvre spéciale, on arrive du même coup à faire cesser subitement l'hématurie, et à découvrir l'une des trois dispositions morbides qui contribuent le plus à déterminer l'écoulement du sang; mais la prudence commande de se borner à vider la vessie, au premier cathétérisme, surtout si le malade a beaucoup souffert, et qu'on soupçonne le cas grave. Toute recherche tendant à faire acquérir les notions qui manquent encore, serait intempestive : elle pourrait entraîner une réaction redoutable, notamment une cystite aiguë, qui est presque toujours mortelle en pareille occurrence. Donc, lorsque l'urine aura

cessé de couler, on retirera la sonde, avec lenteur et ménagement; la plupart des praticiens vont trop vite quand ils l'enlèvent, aussi bien que quand ils l'introduisent. Au bout de deux à quatre heures, on reverra le malade, pour savoir s'il a éprouvé des besoins d'uriner, et s'il a pu les satisfaire sans de grands efforts. Lorsque, comme il arrive d'ordinaire, l'urine n'est pas venue, on introduit la sonde, en se comportant de la même manière, et on procède ainsi durant plusieurs jours. Dans l'hypertrophie vésicale avec accroissement de la contractilité, les besoins sont fort rapprochés; on peut donc être obligé de sonder toutes les deux ou trois heures; mais même alors le sang s'arrête dès les premières introductions, et bientôt l'urine reprend son cours. Dans l'atonie vésicale avec atrophie, au contraire, les besoins reparaissent à de plus longs intervalles, et il suffit souvent de sonder deux ou trois fois par jour; on est même parfois obligé de le faire par pure précaution, sans attendre que la nécessité le commande : ici le sang ne disparaît pas aussi tôt, et ce n'est guère qu'au bout de quelques jours que l'urine reprend sa couleur naturelle. En revanche, le traitement est moins douloureux, et, après quelques introductions de la sonde, l'urètre s'accoutume à la présence de ce corps étranger, le malade ne souffre plus. On peut en ce moment commencer à faire des injections, d'abord avec de l'eau tiède, puis avec de l'eau froide, en usant des précautions que j'ai indiquées lorsqu'il a été question de l'atonie vésicale : la présence du sang annonce que cette atonie est parvenue à un degré de plus, et que par conséquent il faut redoubler de circonspection.

Il est rare que, sous l'influence de ces moyens, aidés de boissons abondantes, de lavemens et de légers purgatifs, si rien ne s'oppose à ce qu'on les emploie, l'hématurie ne cesse pas, même d'une manière assez prompte. Le malade n'est plus atteint que d'une atonie vésicale simple, et le cas rentre

dans la catégorie de ceux dont je me suis occupé à l'occasion du séjour forcé de l'urine dans son réservoir.

Si cependant l'urine continuait d'être sanguinolente, soit par momens, soit sans interruption, on devrait supposer d'autres causes, et, pour lever tous les doutes, il faudrait recourir aux explorations avec les instrumens de la lithotritie. En général alors on découvre, tantôt une lésion du moyen lobe de la prostate, tantôt une production fongueuse ou toute autre altération des parois vésicales, maladies à l'égard desquelles j'ai tracé la conduite qu'il faut tenir.

Il y a des cas dans lesquels l'introduction de la sonde est difficile et accompagnée de douleurs. En outre, le malade ne peut pas recevoir, aussi souvent que son état l'exigerait, les soins d'un praticien familier avec le cathétérisme et les besoins d'uriner sont rapprochés. La sonde à demeure est alors indiquée; mais ici plus encore que dans la simple stagnation de l'urine, on doit craindre que la présence continuelle de l'instrument entraîne une réaction difficile à maîtriser, comme je l'ai vu plusieurs fois, et tout récemment chez l'un des généraux de notre vieille armée. La sonde fatigue tellement les malades, qu'on est obligé de l'ôter; mais il n'est plus temps; l'inflammation de la vessie a passé du mode chronique à l'état aigu, et la mort ne tarde pas à venir. Donc, avant de se décider à placer une sonde à demeure, il faut apprécier avec soin le degré d'irritabilité du sujet, notamment celle de l'urètre et du col vésical, comme aussi la tendance de la vessie à entrer en contraction; il faut surtout tenir compte des sensations que cet instrument détermine par son passage dans l'urètre. Si une réaction paraît à craindre, on attend un jour ou deux, pendant lesquels on sonde le malade aussi souvent que l'exigent les besoins d'uriner. Le passage réitéré de la sonde, conduite avec ménagement, émousse la sensibilité de l'urètre, et prépare le sujet à en supporter le contact per-

manent. Dès que l'instrument est en place, on surveille attentivement ce qui se passe dans la vessie, on se fait rendre un compte minutieux des sensations du malade, on examine bien la manière dont l'écoulement de l'urine a lieu. Car s'il y a de la douleur dans l'urètre et du malaise général, si la vessie chasse l'urine avec force dès qu'on débouche la sonde, si le malade souffre en finissant d'uriner, il faut se hâter de retirer l'instrument.

Tel est le procédé que j'emploie contre les hématuries provenant de la distension des parois vésicales, soit qu'il y ait seulement spasme du col, avec atonie du corps, soit qu'il existe une déviation du col par un fongus ou par un engorgement de la prostate. Mais il est évident que de nombreuses modifications deviennent nécessaires, et pour le prouver, je rapporterai un cas qui vient de se présenter à moi. Il semblait simple et peu grave, l'hématurie était passagère, accidentelle, et cependant elle a été si opiniâtre que j'ai été obligé de recourir à des moyens divers, le traitement qui vient d'être décrit n'ayant point amené d'amélioration durable.

Un habitant de Cuba, âgé de cinquante ans, fortement constitué, mais très irritable, s'était livré à la masturbation dans sa jeunesse, et plus tard avait usé des femmes avec excès. De là résultèrent une forte irritation au col de la vessie, des besoins fréquens d'uriner et des difficultés pour les satisfaire. Cette première attaque datait de vingt ans. Dès-lors aussi le malade commença à souffrir dans les reins, mais ce ne fut que passagèrement : il modifia son régime, se mit à l'usage de l'eau et renonça aux acides. Il y a deux ans, à la suite de l'exercice du cheval, le sang parut dans l'urine en très grande quantité, avec difficultés extrêmes d'uriner et fortes douleurs au bout de la verge. On eut recours à divers médicamens, qui procurèrent du soulagement ; mais les accidens se renouvelaient sous l'influence du moindre

exercice. La traversée de New-York au Havre fut pénible; il survint même un engorgement du testicule, qui n'existait plus lorsque je vis le malade. On avait déjà fait des explorations de la vessie, pour reconnaître s'il y avait une pierre. L'analyse des symptômes me conduisit à penser qu'il s'agissait d'une atonie vésicale, compliquée peut-être de fongus. Ayant trouvé l'urètre fort irritable, j'employai d'abord les bougies, puis les injections froides. Le malade, qui avait éprouvé un mieux progressif, se crut guéri au bout d'un mois de traitement : il urinait avec facilité, sans douleurs; le sang n'avait plus reparu après la quatrième introduction; et les mucosités que l'urine contenait depuis plusieurs mois avaient considérablement diminué. Mais, à la suite d'une longue course en voiture, l'exhalation sanguine récidiva. Les injections froides furent continuées, et je prescrivis en même temps des douches chaudes d'eau de Barèges. L'état local et général s'amenda de nouveau; un second essai de la voiture ne rendit pas l'urine sanguinolente, et l'exercice à pied, même prolongé, ne causait pas de fatigue. Tout traitement fut suspendu pendant quelques jours. Le malade se hasarda alors à faire un petit voyage dans une voiture très douce; cette fois encore, l'urine fut teinte de sang, mais il n'y eut ni douleurs, ni difficultés d'uriner, et la santé ne souffrit pas. J'explorai la vessie avec le trilabe, qui me parut indiquer soit de petites excroissances, soit un peu de boursouflement au col. Je fis une application transcurrente de caustique à l'orifice interne de l'urètre. Le malade en fut fatigué, il eut un peu de fièvre, et pendant trois jours, il rendit des urines légèrement teintes de sang, avec de fortes cuissons. Ces accidens disparurent d'eux-mêmes, et dix jours après, je pratiquai une nouvelle application de caustique, qui n'entraîna aucune suite fâcheuse. Une troisième et une quatrième cautérisations furent faites avec le même résultat, et la guérison finit par se consolider. Je re-

marquai que la vessie cessait de se contracter lorsqu'on restait quelques jours sans injecter de l'eau froide. Je conseillai donc de renouveler ces injections tous les cinq jours. Le malade les fit lui-même sans difficulté.

Dans les cas où les états nerveux de l'urètre et du col vésical sont la principale cause du séjour forcé de l'urine dans son réservoir, et par suite de l'hématurie, il faut leur opposer les moyens que j'ai fait connaître.

S'il existe un ou plusieurs rétrécissemens urétraux, on doit d'abord les détruire. Ici l'hématurie ne réclame pas de traitement spécial; elle cesse dès que la cause n'existe plus. Il en est de même de l'affection calculeuse.

Les divers cas dont je viens de m'occuper embrassent la majeure partie de ceux qu'offre la pratique, et dans lesquels un traitement local, simple, d'une application facile, produit les plus heureux résultats. Mais il en est d'autres, en petit nombre, à l'égard desquels ce traitement ne présente pas les mêmes chances de succès. Il arrive quelquefois que l'urine continue d'être sanguinolente, au moins par intervalles, quoique l'urètre et le col vésical ne soient plus irritables et que la vessie ait recouvré le pouvoir de chasser son contenu. Les explorations ne font rien découvrir qui explique l'exhalation. On ne parvient même pas à déterminer si le sang tire sa source de la vessie ou des reins. Le sujet peut offrir alors des conditions de deux ordres fort différens ; il jouit d'une bonne santé d'ailleurs, ou il est mal portant.

S'il y a fièvre lente, amaigrissement, trouble général des fonctions, on ne saurait demeurer inactif. Mais il faut beaucoup de prudence, et comme la maladie date toujours d'une époque assez reculée, le traitement est nécessairement long.

Dans un cas de cette espèce, chez un homme très irritable, livré au travail de bureau depuis plus de quinze ans, j'employai d'abord le traitement ordinaire des névralgies du col

vésical et de l'atonie de la vessie. Le sang cessa de couler au bout de trois semaines; mais il reparut un mois plus tard, sans que le malade eût commis la moindre imprudence. La vessie fonctionnait assez régulièrement; l'urine ne contenait que de loin en loin quelques mucosités; plus souvent elle était louche, et à des intervalles très variables, le sang apparaissait, trop peu abondant pour former des caillots, mais en quantité suffisante toutefois pour colorer le liquide, qui avait même fréquemment une teinte noirâtre. Les injections d'eau fraîche produisirent d'assez bons effets, mais qui ne se soutinrent pas. J'eus alors recours aux douches froides sur l'hypogastre, le périnée et le sacrum. L'exhalation sanguine cessa au bout de dix jours, puis bientôt elle reparut. La surface de la vessie était molle et comme veloutée. Je fis des applications légères de caustique au pourtour de l'orifice interne de l'urètre. Les premières déterminèrent d'assez fortes douleurs, suivies d'un accès de fièvre, qui revint trois jours de suite. Cependant le malade s'accoutuma au caustique, dont cinq applications furent faites à huit jours d'intervalle. Le sang cessa de couler pendant six mois; mais l'hématurie se reproduisit encore, faiblement à la vérité, et cessa d'elle-même en peu de jours. Depuis lors, il y a eu deux fois par an de nouvelles attaques, trop légères néanmoins pour exiger un traitement. Le malade se borne à l'observance rigoureuse des préceptes de l'hygiène.

Ce cas a quelque analogie avec celui de l'habitant de Cuba; il diffère en ce que l'état général du malade était plus mauvais, que les attaques d'hématurie se rapprochaient davantage, et qu'elles survenaient spontanément; la quantité de sang rendue chaque fois était moins considérable, mais l'écoulement durait plus long-temps, et tendait à devenir continu.

Chez un autre de mes malades, l'hématurie, fort abondante, était le résultat d'une atonie considérable de la vessie, avec tuméfaction énorme de la prostate. Le sujet, âgé de

soixante ans, avait une constitution robuste, mais détériorée par des chagrins domestiques et d'opiniâtres travaux de cabinet. Depuis quelque temps surtout, il dépérissait d'une manière rapide. Le traitement dont j'ai posé les bases ranima la contractilité vésicale, fit disparaître le sang de l'urine, et mit la santé en voie de rétablissement; seulement, de loin en loin, et à des époques non réglées, l'urine devient sanguinolente. Cet état dure deux ou trois jours. Il est précédé de douleurs lombaires, de lassitudes, d'affaissement et de mauvaises digestions, symptômes qui cessent tous à l'apparition du sang, dont les reins me paraissent être la source. Je me suis contenté de prescrire des ventouses scarifiées sur les lombes, de légers purgatifs et des boissons acidules abondantes. Depuis un an, les attaques d'hématurie se sont éloignées, le sang est en petite quantité, et la santé n'en souffre point. Je m'assure de loin en loin que la vessie remplit bien ses fonctions. L'urine n'est point projetée, mais elle coule sans efforts ni douleurs, et à chaque besoin le réservoir se vide entièrement de celle qu'il contient. J'ai détourné le malade de voyager; la voiture pourrait lui occasioner une rétention d'urine d'autant plus grave que la tuméfaction de la prostate rend le cathétérisme difficile, et pour peu que la vessie restât surdistendue, l'hématurie ne manquerait pas de reparaître avec l'abondance qu'elle avait avant mon traitement.

Quant aux pissemens de sang qui reviennent périodiquement, à des époques plus ou moins régulières, sans trouble dans les autres fonctions, soit qu'ils succèdent au flux menstruel, aux hémorrhoïdes ou à toute autre évacuation sanguine, soit qu'ils se montrent indépendans d'une autre hémorrhagie quelconque, il faut, surtout chez les vieillards, se borner au rôle d'observateur, et tout au plus essayer de modérer l'écoulement, s'il devenait assez copieux pour inspirer des inquiétudes. On ne prescrira donc que de simples précau-

tions hygiéniques, car il serait peu rationnel de fatiguer le sujet par des remèdes empiriques et incertains contre une affection qui n'a rien de grave, et qui cesse souvent d'elle-même au bout de quelque temps. Peut-être chercherait-on en vain à la supprimer, et dût-on y parvenir, il ne serait pas prudent de le tenter, puisque l'économie n'en souffre point, et qu'au dire de graves auteurs, il résulterait de là des désordres considérables, même la mort. Au reste, les exemples sont assez rares de ces hématuries dites constitutionnelles, qu'on a cependant présentées comme étant communes. J'ajouterai que, dans aucun de ceux qui se sont offerts à moi, je n'ai observé la pâleur, la faiblesse, l'apathie, qu'on dit en être les compagnons constans. Mes malades étaient, au contraire, robustes, chargés d'embonpoint, et habitués à une nourriture trop substantielle; quelques-uns ressentaient une sorte de malaise ou de vagues inquiétudes aux approches de l'évacuation, qui, chez d'autres, ne s'annonçait par aucun phénomène précurseur.

Quant au traitement de l'hématurie endémique des pays chauds, n'ayant pas eu occasion de l'observer, je renvoie au travail que M. Rayer vient de publier.

Il est heureusement rare, dans l'hématurie, que le sang se prenne en caillots trop volumineux pour que l'urètre puisse leur livrer passage. On en cite pourtant des exemples, et j'en ai vu quelques-uns. Chopart rapporte l'histoire d'un prêtre atteint de pissement de sang, qui cessa tout-à-coup, parce que des caillots vinrent boucher le col de la vessie; l'hypogastre se tendit excessivement, la fièvre augmenta, et un léger hoquet se déclara. On eut recours aux saignées, aux bains, aux boissons diurétiques, puis au cathétérisme, aux injections, et le tout inutilement. Les symptômes s'aggravaient de plus encore, lorsque l'on imagina d'exercer une forte aspiration au moyen d'une seringue adaptée à l'extrémité d'une sonde introduite dans la vessie. Cette man-

œuvre réussit, l'urine se mit à couler, et le malade fut guéri. M. Felix Pascal parle d'un septuagénaire qui fut pris de rétention d'urine à la suite d'une débauche ; on tenta de le sonder sans y pouvoir parvenir. Le malade souffrit beaucoup, et au lieu d'urine rendit une grande quantité de sang. M. Pascal ne fut pas plus heureux que ses prédécesseurs ; l'urine ne sortait pas, bien que la sonde lui semblât être parvenue dans la vessie ; il essaya une injection, qui ne pénétra point ; enfin il eut recours à l'aspiration au moyen d'une seringue, et retira un caillot fort long, après la sortie duquel l'urine s'échappa, chargée en couleur. J'ai cité ce dernier fait spécialement pour démontrer qu'on peut se méprendre au sujet des caillots de sang obstruant la sonde et empêchant l'urine de couler. Parce qu'on avait introduit une sonde dans la vessie sans qu'il vînt de liquide, et qu'en retirant l'instrument on trouva les yeux bouchés par un caillot, on se crut fondé à dire que le liquide ne pouvait pas sortir, et que c'était le cas d'employer l'aspiration. Cette doctrine ne saurait être admise. D'abord le sang qui forme caillot dans la sonde ne vient pas de la vessie, mais de l'urètre ou du col vésical. Lorsqu'il s'agit d'un caillot dans la vessie s'engageant dans la sonde et l'obstruant, l'urine coule d'abord, et c'est le mouvement du liquide qui fait engager la masse dans les yeux. En second lieu, que le caillot se soit formé dans l'urètre, au moment du passage de la sonde, ou qu'il vienne de la vessie, on peut toujours le diviser au moyen d'un stylet flexible remplissant la sonde, ou le repousser par une injection : mais il faut pour cela que les yeux de la sonde soient dans la vessie, car s'ils se trouvaient dans l'urètre, l'injection ne pénétrerait pas, du moins le plus communément. Toutes les fois que le cas s'est présenté dans ma pratique, je suis parvenu à dégorger l'instrument, sans recourir au procédé de l'aspiration, qui n'a pas les avantages qu'on veut bien lui attribuer.

Voici de quelle manière je procède. On doit toujours se

servir d'une sonde aussi grosse que le comporte la capacité de l'urètre. Après s'être assuré qu'elle est parvenue dans la vessie, ce qui est toujours facile, et ne voyant pas couler de liquide, on peut supposer que l'instrument est bouché par un caillot sanguin, par un amas de mucosités, et le plus ordinairement par la réunion de ces deux circonstances. Je commence par faire une injection forte, en ayant soin toutefois de ne pas introduire une grande quantité d'eau, surtout lorsque la vessie est déjà pleine. Souvent, on voit immédiatement sortir l'urine, mélangée de sang. Il peut devenir nécessaire de pratiquer plusieurs injections successives, qui ont le double avantage de dégorger l'instrument et de diviser les caillots. Il arrive quelquefois que la première colonne du liquide chassé ramène le caillot dans la sonde, et finalement la vessie ne se vide pas. On réussit souvent alors en introduisant dans la sonde une corde à boyau, une bougie cylindrique de gomme élastique, qui refoulent et divisent le caillot sanguin, ou un fil métallique très mince qu'on recourbe en forme de crochet, de manière à ce que l'extrémité pénétrant dans la sonde soit double, et en faisant tourner entre ses doigts ce fil ainsi disposé, on divise aisément le caillot, dont la plus grande partie est ramenée avec l'extrémité recourbée du fil. Ce procédé est surtout applicable aux cas les plus graves, dans lesquels la fibrine du sang est combinée avec les mucosités vésicales, et d'où résultent des caillots très denses. Dans un petit nombre de cas, ces divers moyens, aussi bien que l'aspiration, sont demeurés sans résultat, et j'ai dû retirer la sonde pour la déboucher, ce qui arrive spécialement lorsque des débris de pierre ou de graviers sont contenus dans le caillot sanguin et engagés dans les yeux de la sonde. On doit d'autant mieux se décider pour ce dernier procédé que l'introduction de la sonde est plus facile et moins douloureuse.

Lorsque la vessie renferme des caillots volumineux et très

denses, les procédés de la lithotritie offrent un moyen efficace et certain de les diviser et de les amener au-dehors. Dans le seul cas de ce genre que j'ai rencontré, de gros caillots existaient depuis plusieurs jours dans le viscère, le malade éprouvait de grandes difficultés pour uriner, et l'urine qu'il rendait avait une teinte livide et une odeur fétide, outre qu'elle entraînait des espèces de lambeaux filamenteux. La sonde à larges yeux et les injections prolongées ayant été inutiles, j'introduisis un trilabe, qui me servit à morceler les caillots; le malade les rendit ensuite; ils étaient fibrineux et d'un vert foncé.

CHAPITRE IX.

DU CATARRHE VÉSICAL.

Il n'est peut-être pas de maladie qu'on rencontre plus fréquemment, dans la pratique, que le catarrhe vésical, et cependant je ne crains point de dire que, malgré un nombre considérable de travaux, anciens et modernes, dont elle a été le sujet, on en citerait difficilement une à l'égard de laquelle les opinions soient moins arrêtées. Les grands traités, comme les petites brochures, les mémoires spéciaux, aussi bien que les articles détachés, fourmillent d'idées excentriques. On semble avoir mis l'observation de côté, pour se jeter à corps perdu dans les abstractions relativement à la nature de cette affection, à ses causes, à sa marche. Les caractères qu'on lui assigne ont été pour la plupart imaginés, plutôt que déduits des résultats de l'expérience, et le traitement est livré tout entier à l'empirisme. De cet ensemble de circonstances, il est résulté qu'un état

morbide, peu grave en lui-même, conséquence naturelle de causes généralement faciles à apprécier, est devenu une sorte d'être mystérieux que chacun envisage au gré de son caprice. Ce ne peut donc être une œuvre sans utilité que de le soumettre à un examen sérieux.

ARTICLE Ier.

Description générale du catarrhe vésical.

L'une des principales lacunes qui se font remarquer dans l'histoire du catarrhe de vessie tient à ce qu'on n'a pas précisé avec assez de soin l'état morbide qu'on prétendait désigner sous ce nom. Il est question, en effet, d'une phlegmasie ayant son siège à la surface interne de la vessie, et caractérisée par un état spécial de l'urine; mais plus d'une fois on a pris pour cette inflammation d'autres dispositions anormales ou morbides de l'appareil urinaire, qui en diffèrent beaucoup. La première chose à faire est donc de distinguer, parmi les caractères morbides de l'urine et les dépôts qu'elle forme, les particularités qui tiennent à une perturbation de la sécrétion rénale ou à toute autre influence, et celles qui dépendent réellement de la phlegmasie de la membrane muqueuse. Les confondre ensemble serait porter le vague et l'incertitude dans la description de cette dernière.

Quelques remarques sur ce sujet seront d'autant mieux placées ici que, de tous les effets du catarrhe, celui qui frappe d'abord le plus l'observateur, est d'altérer la limpidité, la transparence, l'odeur, la couleur de l'urine. Mais on ne saurait trop répéter que l'urine peut devenir bourbeuse, épaisse, fétide, sans qu'on découvre la moindre trace de catarrhe, et ces changemens peuvent s'opérer en elle sous l'empire de circonstances fort nombreuses.

On sait que l'urine varie considérablement, et dans sa com-

position chimique et dans ses caractères physiques. Une connaissance exacte de toutes les particularités qu'elle peut offrir sous ces divers rapports, fournirait sans doute des notions fort utiles pour le diagnostic et même pour la thérapeutique des maladies de l'appareil urinaire; mais les recherches faites par les anciens et les modernes laissent beaucoup à désirer, spécialement en ce qui concerne le point de vue pratique. On peut même affirmer qu'à ce dernier égard l'étude de l'urine a été entièrement négligée. Serait-ce donc, comme le dit M. Lallemand, parce que les charlatans ont rendu l'urologie presque ridicule? L'exemple tout récent de M. Becquerel prouve cependant qu'elle peut devenir le texte d'études sérieuses, et qu'en ce qui la concerne on commence à s'affranchir des préjugés que les anciens nous avaient transmis.

Il n'est pas dans mes vues de donner même une simple esquisse de l'histoire de l'urine, tant en santé qu'en maladie : mais je ne puis me dispenser d'appeler un instant l'attention sur les caractères accidentels de ce liquide, qui deviennent chaque jour des sujets de méprise en ce qui concerne le catarrhe vésical, ou à l'égard desquels on s'est livré à des interprétations plus ou moins exagérées. Il en est du catarrhe comme de l'hématurie et de la rétention d'urine : les anomalies du liquide rendu par les malades ont servi de base à des distinctions qui manquent de fondement. Ici, ce sont principalement la couleur de l'urine, sa transparence, son odeur et les dépôts qu'elle forme, qui doivent d'abord fixer l'attention de l'observateur, afin de ne pas rapporter à l'affection catarrhale de la vessie ce qui dépend évidemment d'autres causes.

Chacun connaît la couleur de l'urine à l'état normal. Cette couleur est susceptible de présenter une infinité de nuances, même sans causes appréciables. Nous avons vu, en parlant de l'hématurie, que la coloration accidentelle en brun

avait fait commettre des méprises. Dans le catarrhe, c'est celle en blanc qui a le plus de portée. J'entends par urines blanches celles qui sont lactescentes, avec des nuances variables en gris et en jaune, d'où résultent des teintes nombreuses, à l'aide desquelles on a prétendu distinguer divers états morbides de l'appareil urinaire. Mais il est plus difficile qu'on ne pense de rattacher ces urines à l'état morbide qui leur correspond. Quelques auteurs ont beaucoup trop généralisé certains cas spéciaux, desquels ils ont tiré des conséquences que ne justifient point d'autres cas analogues. La coloration qui sert tous les jours à diagnostiquer de prétendus catarrhes, provient tantôt d'un vice de la sécrétion rénale, tantôt d'un défaut de proportion dans la quantité des principes constituans de l'urine, ou de la présence, dans ce liquide, de matières qu'on n'y rencontre pas ordinairement, et qui sont produites par des états morbides autres que le catarrhe. Nous avons vu que le mélange avec l'urine de sang exhalé par la vessie, donnait à ce liquide une teinte noirâtre ou brunâtre, mais que, dans beaucoup de cas, le mélange était assez intime pour rendre impossible de découvrir la moindre trace de sang, et que cependant il suffisait de faire cesser l'exhalation anormale pour que l'urine reprît sa couleur naturelle. Lorsque cette exhalation de sang coïncide, ce qui n'est pas rare, avec un état phlegmasique de la membrane muqueuse, le produit de celle-ci, mêlé au sang et à l'urine, constitue un liquide tout particulier, épais, bourbeux, d'un jaune brun violacé ou noirâtre. Dans quelques-uns des cas que j'ai observés, l'urine offrait depuis long-temps ces caractères, malgré tout ce qu'on avait entrepris pour corriger un prétendu vice de la sécrétion rénale, et je n'ai eu besoin pour l'en dépouiller, que de faire cesser l'état morbide de la vessie, sans même chercher à agir sur les reins. Toutefois, il y a des cas dans lesquels on ne découvre rien dans la vessie; reste alors à déterminer si l'urine

vient directement des reins, telle qu'elle se présente à nous, ou si nos moyens d'exploration ont été insuffisans pour reconnaître la maladie dont son réservoir est frappé.

Il en est de l'odeur comme de la couleur de l'urine. Elle offre, en santé, une infinité de variations, qui ont sans doute de la portée, mais dont nous ne sommes point en mesure de tirer aucune conséquence. Beaucoup de personnes se plaignent de rendre des urines fétides, quoiqu'elles jouissent d'une bonne santé d'ailleurs, et que toutes les fonctions, celles même de la vessie, s'exécutent passablement bien. J'en ai vu plusieurs qui, par cette seule cause, se croyaient atteintes de catarrhes, et avaient même fait des traitemens spéciaux. Presque toujours alors j'ai découvert une lésion de la prostate, un fongus peu avancé, ou une atonie de la vessie. Dans les cas de cette dernière espèce, qui sont les plus communs, il suffit d'aider la vessie à se débarrasser de son contenu, pour faire cesser l'odeur, qui reparaît dès qu'on néglige ce moyen. Cette odeur insolite de l'urine n'est pas rare dans le catarrhe, mais elle ne s'y rattache pas par des liens tellement intimes qu'elle soit inséparable de lui. Chaque jour on rencontre des catarrhes très graves et très avancés, dans lesquels l'urine n'a pas d'odeur extraordinaire, tandis que, chez d'autres sujets où l'on remarque à peine quelques indices de véritable catarrhe, l'odeur accidentelle du liquide est fort prononcée. Toutefois, c'est une particularité dont on doit tenir compte, car elle constate ordinairement une complication du catarrhe, du moins quand elle est constante; car lorsqu'elle est seulement passagère, elle tient à des causes qu'il ne nous est pas toujours donné de connaître. Cette odeur est tellement repoussante, quelquefois, qu'il y a impossibilité de la supporter. Dans le Traité de l'affection calculeuse, j'en ai cité un exemple emprunté à Covillard et un autre tiré de ma pratique. M. Lallemand en rapporte un aussi chez un sujet atteint de cancer de la vessie et de l'urètre. Le même phénomène peut avoir lieu

également dans certains catarrhes, ceux surtout qui sont produits par les maladies de la prostate.

Le phénomène qui joue le plus grand rôle dans l'histoire du catarrhe vésical, est la perte plus ou moins complète de la limpidité de l'urine. Dans l'état normal, cette dernière est transparente, malgré les principes colorans et le mucus qu'elle tient en dissolution. Dans le catarrhe, ce caractère lui manque presque toujours. Aussi, des urines louches sont-elles un indice de cette affection pour la plupart des malades et pour beaucoup de praticiens. Il importe donc de distinguer ce qui, dans cette perte de transparence, appartient à la phlegmasie vésicale, et ce qui tient à toute autre circonstance.

Parmi les causes qui font perdre à l'urine sa transparence normale sans qu'il existe de catarrhe, on doit placer en première ligne les troubles qui peuvent survenir dans la sécrétion rénale, et par suite desquels l'urine renferme des substances qui ne s'y voient pas ordinairement, ou qui du moins n'y existent point dans les mêmes proportions. Cette présence accidentelle d'élémens insolites et cette disproportion dans les principes constituans ordinaires de l'urine sont des phénomènes très fréquens, dont la cause nous échappe presque toujours. Le résultat seul vient frapper nos sens. Mais combien il est difficile de constater même ce résultat? On est d'autant plus exposé à commettre des méprises que souvent, au lieu d'un seul principe anormal, on en trouve plusieurs réunis chez le même sujet, et qui s'influencent réciproquement, ou réagissent les uns sur les autres au point de donner à l'urine des caractères anormaux très tranchés.

On ne sera pas surpris de ces différences si l'on se rappelle que, même en pleine santé, l'urine peut contenir les matières les plus hétérogènes. Ainsi on y trouve du soufre, du fer, de la cystine, de la matière phosphorescente, etc., et il est bien constaté aujourd'hui que les reins sont en quelque

sorte l'égout par lequel s'échappent du corps toutes les substances inassimilables qui s'y introduisent.

Si, dans l'état de santé, la nature de l'urine est tellement variable qu'on ne trouve peut-être pas deux individus chez lesquels elle soit absolument la même, ces variations sont plus tranchées encore dans les cas de maladie. Parmi les substances qu'alors on trouve accidentellement dans l'urine, on distingue surtout l'albumine, dont les médecins se sont beaucoup occupés dans ces derniers temps. Aujourd'hui l'albuminerie est pour ainsi dire une maladie de mode ; on s'empresse surtout de l'admettre lorsque, ne découvrant pas la cause des désordres, on parvient à reconnaître que l'urine contient une matière coagulable par la chaleur et par l'acide nitrique.

J'ai vu un grand nombre de malades qu'on disait atteints d'albuminurie, et qui avaient les uns la pierre, d'autres des névralgies du col vésical, des coarctations spasmodiques ou organiques de l'urètre, quelques-uns des lésions de la prostate ou des parois vésicales, avec ou sans catarrhe. Plusieurs de ces malades avaient reçu les soins de praticiens renommés, qui se sont spécialement occupés de l'albuminerie. Or, si ces praticiens ont été induits en erreur dans des cas où il semblait réellement impossible de se méprendre, à quoi ne doivent pas être exposés ceux qui ont moins d'habitude et qui rencontrent des cas plus obscurs? J'avoue que ces faits m'ont rendu fort circonspect en ce qui concerne la portée attribuée aux urines dites albumineuses, soit comme moyen de diagnostic, soit pour ce qui concerne le pronostic et le traitement. Il est démontré que, même en pleine santé, l'urine peut contenir long-temps et impunément une certaine quantité d'albumine, comme elle contient non moins impunément d'autres substances qu'on n'y trouve pas d'ordinaire.

Je suis loin, toutefois, de contester l'utilité des travaux qu'on a entrepris sur ce sujet, soit en France, soit en Angle-

terre, et qui en auront plus encore, lorsqu'on se sera guéri de l'exagération, que l'esprit humain sait rarement éviter dans les premiers momens. Je ne dois m'occuper ici de l'urine albumineuse que sous le point de vue du diagnostic de quelques états morbides de la vessie. Or, il est de toute évidence que la combinaison, dans l'urine, de l'albumine, avec divers autres principes constituans de ce liquide, peut lui donner des apparences propres à faire soupçonner, soit un catarrhe, soit une légère hématurie, suivant la quantité de globules sanguins et muqueux unis à l'albumine. Je ne parle pas du cas où ces maladies existent en même temps que l'albuminurie : le point sur lequel je désire surtout d'appeler l'attention, c'est l'apparence morbide que l'urine peut prendre par le fait des combinaisons que je viens d'indiquer, et qui peut donner à penser que la vessie est atteinte d'une maladie, dont on ne découvre d'ailleurs aucune trace. Ces caractères morbides de l'urine varient à l'infini, d'après la quantité de l'albumine, et d'après les autres élémens avec lesquels le mélange s'opère.

Lorsque l'albuminurie existe en même temps qu'un catarrhe, l'urine varie selon qu'il s'agit de simple mucus ou de matière purulente. Dans ce dernier cas, elle peut avoir une apparence crémeuse et gélatineuse très remarquable. Il en est de même de l'hématurie : l'albumine peut se trouver mêlée à du sang presque pur ou altéré, et la teinte du mélange varie beaucoup. Dans un cas de cette espèce, le liquide était faiblement coloré en rose pâle, et celui qu'on me présenta s'était pris en une espèce de gelée de teinte rosée.

Toutes les fois qu'il y a ainsi complication, la matière albumineuse peut se convertir en flocons, qui prennent une teinte jaunâtre, et se durcissent au point de ne pouvoir être expulsés qu'avec difficulté. J'en ai cité plusieurs exemples.

Ce n'est pas seulement par la présence de l'albumine que

l'urine se trouve modifiée. Les matières grasses qu'on y rencontre quelquefois lui donnent aussi des apparences qui pourraient faire croire à une affection catarrhale. L'urine prend alors un aspect crémeux, une teinte opaline et une consistance gélatineuse, bien capables d'en imposer.

Que ce soit l'albumine ou le mucus qui surabonde dans l'urine, ce liquide perd sa transparence et sa limpidité. Il se convertit en une masse visqueuse, gélatiniforme, dont la consistance et la couleur varient surtout en raison de la quantité de globules sanguins, de matière purulente, de substance grasse, etc., qu'elle renferme en même temps. On peut croire alors à un catarrhe vésical qui n'existe pas : j'en ai vu plus d'un exemple.

Personne n'ignore que la concentration, c'est-à-dire la quantité du principe aqueux de l'urine, varie pour ainsi dire à chaque instant. Toutes les fois que ce liquide contient beaucoup moins d'eau que de coutume, il se montre épais, louche, trouble, foncé en couleur, et se rapproche plus ou moins de ce qu'il est dans le catarrhe vésical, bien que cette règle ne soit pas sans exceptions.

En un mot, que l'urine s'épaississe parce qu'elle contient moins d'eau qu'à l'ordinaire, eu égard à ses autres principes constituans, ou parce que ces derniers, plus abondans, modifiés, dénaturés, ont pris des caractères anormaux, elle peut, accidentellement, et pour un laps de temps plus ou moins long, se rapprocher de ce qu'elle est dans le catarrhe, et faire croire à l'existence de cette dernière maladie.

Mais il est une autre source de méprises sur laquelle je dois encore appeler l'attention.

Dans l'état normal, à l'urine, telle qu'elle est sécrétée par les reins, se mêle la sécrétion de la membrane muqueuse qui tapisse l'appareil urinaire depuis le prépuce jusqu'aux dernières ramifications des conduits urinifères. Lorsque cette membrane n'est pas surexcitée par une cause quelconque,

elle paraît fournir un produit peu abondant, et qui se combine d'une manière assez intime avec l'urine pour ne pouvoir y être mis en évidence qu'à l'aide de procédés spéciaux. Mais la moindre surexcitation directe ou indirecte augmente cette sécrétion et la fait varier à l'infini.

Il en est de même des débris de la desquamation qui s'accomplit dans l'appareil urinaire comme dans tous les autres du même genre. En santé, ces débris sont si divisés qu'il faut un microscope pour les apercevoir ; mais quand une circonstance quelconque vient accroître leur quantité, ils deviennent apparens, et l'urine change de caractères ; tantôt elle est muqueuse et trouble , tantôt elle conserve sa transparence, mais entraîne des lamelles en grand nombre, qui y restent en suspension, ou se réunissent au fond du vase : or, de là peuvent résulter la plupart des apparences de ce qu'on nomme l'urine catarrhale, des globules, des lamelles, ou des masses assez compactes pour constituer un gâteau gélatiniforme. J'ai vu des personnes, bien portantes d'ailleurs, s'effrayer beaucoup de ce que leur urine se convertissait en une espèce de gelée, tantôt incolore ou légèrement verdâtre, tantôt fortement teinte en jaune ou en gris. Toutefois ce dernier cas est rare ; bien plus souvent les lamelles de l'épithélium et le produit surabondant de la sécrétion muqueuse restent en suspension dans l'urine, où ils forment un nuage translucide et jaunâtre. L'urine peut donc former des dépôts muqueux sans qu'il y ait catarrhe.

Maintenant j'ai à parler des dépôts de l'urine qui sont la conséquence d'une phlegmasie de la membrane muqueuse vésicale, c'est-à-dire d'un véritable catarrhe. Ces dépôts sont les uns simplement muqueux, et les autres puriformes ; plusieurs, qui se rapprochent davantage de la nature du pus, ont reçu l'épithète de purulens.

1° *Dépôts muqueux.* — Ils présentent de nombreuses différences.

Tantôt on ne découvre qu'un nuage léger, suspendu au milieu du liquide, ou formant de petits filamens presque imperceptibles, ce qui arrive souvent lorsque la phlegmasie est légère et à son début. Tantôt, au contraire, les mucosités sont tellement abondantes, qu'un malade dont parle Barthez en rendit une masse du poids de quinze livres dans le court espace de trente-six heures. Dans un grand nombre de cas, on les voit former à-peu-près la moitié du liquide expulsé. Ainsi la quantité de ce dépôt varie beaucoup ; elle n'est pas non plus toujours en rapport avec le degré de l'inflammation, car on est souvent surpris de la voir demeurer énorme pendant long-temps, sans que la santé en souffre un notable dérangement, remarque déjà faite par divers auteurs.

La consistance des mucosités ne varie pas moins que leur quantité. Il y a des cas où elles en ont peu, et d'autres où elles sont assez épaisses pour constituer des flocons, des masses adhérentes aux parois du vase, dont on a de la peine à les détacher, même en le renversant, des plaques ou des espèces de membranes à structure lamelleuse. Ce qu'il y a de remarquable sous ce point de vue, c'est que, d'après les observations de Chopart, dont j'ai eu souvent occasion de vérifier l'exactitude, la viscosité du mucus semble diminuer d'une manière notable lorsque le catarrhe s'exaspère. La consistance des dépôts qu'il forme, dans la vessie, est parfois si grande, que les malades ont beaucoup de peine à les rendre. Chopart rapporte le cas d'un homme chez lequel les mucosités bouchaient de temps en temps le col de la vessie et l'urètre au point d'intercepter le passage de l'urine ; le liquide s'arrêtait tout-à-coup, après qu'il s'en était écoulé un demi-verre ; en multipliant les efforts, le sujet réussissait à faire sortir par flocons une matière gluante, puis un peu d'urine, mais en trop petite quantité pour soulager, de sorte qu'il fallait recourir à la sonde et aux injections d'eau tiède. Le malade vécut six ans dans cet état ; trois ans avant sa mort, il sur-

vint une fièvre presque continue, avec enflure des jambes et taches gangréneuses, exacerbation pendant laquelle les mucosités cessèrent d'être visqueuses et prirent l'aspect purulent. On trouva les parois vésicales fort épaisses et laissant suinter, quand on les comprimait, une humeur presque semblable à celle qui sortait avec l'urine; il n'y avait point d'autres lésions, si ce n'est une intumescence de la prostate, qui était molle et rougeâtre. J'ai vu des faits analogues.

La couleur des dépôts muqueux n'est pas plus constante que leurs autres caractères. Les mucosités sont quelquefois presque incolores, et on les distingue à peine dans l'urine. Ailleurs, elles ont une teinte jaune, verte, brune, noire ou rougeâtre; souvent elles sont grises ou blanchâtres; en un mot, elles peuvent offrir toutes les nuances de couleur. Ce caractère a plus d'importance que les autres; car, à chaque teinte principale se rattache un degré ou une particularité de la maladie. Ainsi, les mucosités incolores, jaunâtres, verdâtres, coïncident avec une phlegmasie commençante ou modérée; les brunes, les noires, les rouges, indiquent ordinairement qu'il s'opère une exhalation sanguine de concert avec la sécrétion muqueuse; les grises et les blanchâtres annoncent presque toujours un degré avancé de la maladie, et indiquent une tendance à la sécrétion puriforme. Dans ce dernier cas, on est exposé à confondre certains catarrhes anciens avec les suppurations du rein ou de tout autre point de l'appareil urinaire dont le produit se mêle avec l'urine.

La plupart des praticiens attachent beaucoup d'importance aux sensations qu'éprouvent les malades attaqués de catarrhe vésical, quand les mucosités traversent l'urètre. Cependant il arrive assez souvent qu'elles n'en déterminent aucune, et que le malade n'est averti de leur présence qu'en les découvrant dans le vase. Ce cas a lieu surtout quand elles ont peu de consistance; elles se confondent alors avec l'urine, dont le refroidissement seul fait que les stries qu'elles

constituaient se réunissent, s'accolent, et forment un amas distinct, soit au milieu, soit au fond du liquide. J'ai vu plusieurs de ces malades, qui considéraient leur état comme normal, parce qu'ils n'en étaient point incommodés. Chez d'autres, au contraire, surtout lorsque le catarrhe est plus avancé, le passage des flocons muqueux par l'urètre occasionne de violentes cuissons, et une ardeur comparable à celle que produirait un fer chaud ou un liquide bouillant. Cette différence tient-elle à un mode spécial de la sensibilité du canal, ou est-elle le résultat de la nature des mucosités? Je penche pour la seconde hypothèse, ayant vu des sujets qui rendaient habituellement d'abondans flocons sans s'en apercevoir, éprouver par momens des cuissons, ou même des douleurs, lorsqu'une cause quelconque venait à déterminer une surexcitation de la vessie. C'est quelquefois la sortie des dernières gouttes qui provoque des sensations douloureuses, et l'on ne peut se faire une idée des angoisses auxquelles les malades sont alors en proie, lorsque le besoin d'uriner se renouvelle pour ainsi dire à chaque instant ; de locale et circonscrite qu'elle était d'abord, la douleur ne tarde pas à s'étendre du côté du sacrum, le long des uretères, et même à envahir l'abdomen tout entier.

En général, les dépôts muqueux qui constituent le premier degré du catarrhe sont inodores. Ce n'est qu'accidentellement, par l'effet d'une exaspération de la phlegmasie, et quelquefois sans cause connue, qu'ils aquièrent, ainsi que l'urine, une fétidité insupportable. La remarque en avait été faite, et je l'ai vérifiée plus d'une fois. Cette fétidité diffère de l'odeur ammoniacale qu'on observe dans diverses maladies de l'appareil urinaire; elle est beaucoup plus repoussante, comme je l'ai dit au Traité de l'affection calculeuse, et comme je viens de le rappeler.

2° *Dépôts puriformes.* — Lorsque l'affection catarrhale est plus avancée, la sécrétion muqueuse présente d'autres

caractères. Le dépôt est plus ténu, plus divisé, et, comme je l'ai déjà dit, d'une teinte blanchâtre ou grise, tirant cependant quelquefois sur le brun. Ce n'est plus un assemblage de filamens allongés, adhérens les uns aux autres, et constituant une masse gluante, mais un dépôt grumeleux, qui se mêle à l'urine quand on l'agite, et lui donne un aspect laiteux. Par le repos et le refroidissement, ce dépôt se réunit au fond du vase, sans toutefois y adhérer, ainsi qu'on le voit dans les cas de dépôt muqueux. Il ne faut pas confondre les mucosités adhérentes aux parois du vase ni avec une espèce de croûte que forment les dépôts grumeleux ou autres, et qui diffère par sa coloration, sa consistance, son épaisseur, ni avec les incrustations jaunâtres ou rougeâtres que l'urine produit quelquefois; les matières dont je parle se rapprochent plus ou moins du gris ou du cendré; d'ailleurs, elles ont généralement assez peu d'épaisseur, et, la plupart du temps, elles tiennent avec beaucoup de force au vase sur la surface duquel elles se sont formées par l'effet du refroidissement. L'urine qui surnage a souvent les caractères de celle qui n'a rien perdu de ses qualités normales : on dit alors qu'elle est purulente, et l'on suppose qu'il y a des ulcérations dans la vessie ou dans les reins. Cependant le dépôt grumuleux n'est parfois qu'un mode spécial de la sécrétion folliculaire. Tous les jours, en effet, on voit des dépôts puriformes dans diverses périodes du catarrhe vésical; mais ils ne sont point permanens. La plupart du temps même les dépôts simplement muqueux et les dépôts puriformes se succèdent ou existent ensemble chez un même sujet, souvent sans qu'on puisse saisir aucune cause, mais parfois aussi par l'influence d'une exaspération de l'affection catarrhale. Au reste, ce qui distingue les dépôts grumeleux du pus proprement dit, c est que l'urine qui les contient rougit le papier bleu de tournesol, au lieu de posséder les qualités alcalines qu'elle a toujours quand elle renferme du pus. J'ai indiqué, dans le

Traité de l'affection calculeuse, une expérience fort simple, à l'aide de laquelle on parvient à distinguer le pus du simple mucus, par l'exposition à la flamme d'une bougie; le premier brûle, tandis que le second ne fait que se charbonner. On pourrait aussi recourir aux procédés de la chimie et de la microscopie, s'ils n'exigeaient pas des connaissances spéciales que tous les praticiens ne possèdent point. Il y a encore un moyen de distinguer, au moins très approximativement, les dépôts simplement muqueux de ceux qui sont purulens; on décante l'urine qui les surnage, et on verse de l'eau froide dessus; celle-ci soulève le dépôt muqueux par petites masses, par grumeaux ou par filamens, qui nagent dans le liquide, sans se mêler avec lui, et le colorent à peine, tandis qu'un dépôt purulent se mêle à l'eau, le colore en blanc jaunâtre, et lui donne le même aspect qu'avait l'urine au moment de sa sortie, ou quand on l'agitait avant qu'on ne l'eût décanté. On conçoit néanmoins qu'il doit se présenter à cet égard des variations infinies. Quelquefois, le résultat est si net, qu'on ne saurait conserver le moindre doute, tandis que, dans d'autres circonstances, on n'obtient qu'une demi-preuve, laissant dans l'incertitude celui qui ne possède pas une grande expérience.

On a dit que les dépôts puriformes de l'urine, c'est-à-dire ceux de couleur grise ou jaunâtre, qui rendent le liquide trouble au moment de la sortie, mais le laissent reparaître avec sa transparence et sa couleur citrine, quand ils se sont réunis au fond du vase, étaient accompagnés de fièvre, de douleurs, d'amaigrissement, même de marasme. Le fait n'est pas constant. Nous voyons chaque jour des malades avoir, pendant long-temps, l'urine laiteuse et puriforme, sans éprouver de fièvre, ressentir de douleurs, ni maigrir. Bien plus même, il y a des cas où le liquide qui sort de la vessie n'est puriforme qu'en apparence, et ce qui le prouve, c'est que la guérison s'obtient en peu de temps, par les moyens que je ferai

connaître, moyens dont l'action serait nulle s'il s'agissait d'ulcérations, de suppuration.

3° *Dépôts purulens.* — Il y a des cas où les dépôts de l'urine sont réellement de nature purulente.

Le pus peut provenir de différentes sources ; mais, en général, c'est des reins qu'il émane. Tantôt alors ce sont de petits abcès qui s'ouvrent dans les calices et le bassinet ; tantôt la matière purulente est sécrétée par la glande sous l'influence d'une phlegmasie latente. Plus rarement il arrive que des abcès développés au voisinage des reins, des uretères ou de la vessie, s'ouvrent dans les conduits de l'urine, et y versent leur contenu. Quelquefois, enfin, le pus vient de la vessie elle-même ; mais, dans ce dernier cas, il peut dépendre, ou d'une phlegmasie chronique avec destruction de la membrane muqueuse, ou d'un travail inflammatoire soit dans l'épaisseur, soit à l'extérieur des parois vésicales. De là, de grandes différences dans la quantité, la durée et les caractères de la suppuration.

Par le repos et le refroidissement, le pus se sépare de l'urine, formant, au fond du vase, une masse distincte du liquide qui surnage. Sa présence est donc facile à constater, et sa nature non moins aisée à reconnaître, au moyen des procédés qui sont à la disposition du praticien. Mais ce qu'on ne parvient pas toujours à distinguer, c'est son point de départ, c'est la lésion à laquelle il se rattache. Sans doute, quand un catarrhe vésical ancien s'exaspère, il est rationnel de rapporter le pus contenu dans l'urine au développement de la phlegmasie : cependant il n'est pas impossible que ce produit vienne d'une autre source : j'ai eu plus d'une fois occasion de m'en convaincre par les ouvertures de cadavres. Au reste, considérée comme effet du catarrhe, la purulence de l'urine annonce toujours une maladie fort avancée, et sous ce point de vue, c'est un phénomène auquel le praticien ne saurait trop faire attention.

Non-seulement les dépôts purulens de l'urine sont alcalins, mais encore l'urine qui les surnage a le même caractère, ou du moins est neutre et non acide, comme dans l'état normal. On a beaucoup disserté sur l'alcalescence de l'urine, sans que jusqu'ici nous soyons plus avancés à cet égard. Tout ce que nous savons, c'est qu'elle survient sous l'influence d'une multitude de circonstances qu'il serait trop long d'énumérer, et qu'elle n'est pas incompatible avec une santé même très florissante. Bien qu'on l'observe dans les catarrhes anciens, elle n'appartient pas exclusivement ni toujours à cette maladie, comme on l'a prétendu ; car non-seulement elle ne s'y voit pas toujours, mais encore elle se rencontre avec une foule d'autres maladies de l'appareil urinaire, et même dans celles d'autres régions du corps.

Les dépôts purulens de l'urine produisent généralement moins de douleurs que les dépôts muqueux quand ils traversent le col de la vessie et l'urètre ; mais, en revanche, ils s'accompagnent d'un bien plus grand désordre de la santé, et fort souvent d'un trouble considérable dans les principales fonctions de l'économie. Presque toujours on doit conclure de leur existence qu'il y a quelque lésion organique, dépendante ou indépendante de la phlegmasie vésicale.

De tout ce qui précède, il résulte que les dépôts de l'urine, constituant le caractère spécial du catarrhe de la vessie, présentent de nombreuses différences quant à leur nature, à leurs qualités physiques, à leurs propriétés chimiques, à leur abondance et aux effets tant de leur présence dans la vessie que de leur passage à travers l'urètre. Ces différences dépendent surtout du degré et du mode de la phlegmasie ; mais elles tiennent aussi à des causes particulières, telles que les variations de la sécrétion rénale, les états morbides de la vessie qui produisent ou compliquent le catarrhe, les dispositions individuelles, les maladies étrangères à l'appareil urinaire, etc. Il n'est pas toujours facile d'en découvrir la

cause, qui échappe souvent à l'examen le plus minutieux.

Chez certains malades atteints de catarrhe vésical, les sondes d'argent se colorent en brun ou en noir. Ce phénomène ayant surtout lieu quand la maladie est arrivée à son dernier période, que l'urine est fétide et purulente, on l'a présenté comme l'indice d'un cas désespéré. Je l'ai cependant observé chez des sujets dont l'état ne présentait pas beaucoup de gravité, ce qui prouve qu'on en a exagéré l'importance comme élément du pronostic.

Quant aux autres symptômes qu'on a accolés au catarrhe vésical, et qui l'accompagnent, en effet, fort souvent, il faut en tenir compte; la plupart même ont de la portée; mais on les retrouve dans presque toutes les maladies de l'appareil urinaire. Aussi varient-ils à l'infini. Par exemple, les besoins fréquens d'uriner n'existent pas toujours; lorsqu'on les observe, ils annoncent soit un haut degré d'intensité de la phlegmasie vésicale ou des troubles de la sécrétion rénale et de l'excrétion de l'urine, soit diverses complications, ou des causes spéciales, dont la connaissance est du plus haut intérêt.

J'en dirai autant de la chaleur et de la douleur en urinant. Ce phénomène accompagne plusieurs autres maladies de la vessie. Les douleurs qui ont lieu dans le cas de catarrhe se manifestent surtout pendant la sortie des dépôts muqueux ou glaireux; mais, sans ces derniers, elles n'annonceraient pas le catarrhe, puisqu'on voit tant de malades souffrir pour uriner, soit au commencement, soit à la fin, en rendant les dernières gouttes, ou même après avoir terminé. Cependant il y a une espèce de douleur qui appartient plus particulièrement au catarrhe; c'est celle qui résulte du séjour prolongé, dans l'urètre ou le col de la vessie, de flocons muqueux dont le volume ou la densité rend l'expulsion difficile. J'ai vu, dans quelques-uns de ces cas, les malades accuser une ardeur douloureuse et fatigante, que je n'ai observée dans aucune autre

affection du réservoir de l'urine : presque toujours alors la sensation brûlante causée par la traînée de mucosités se prolonge, au lieu de ne durer que quelques instans, comme elle fait d'ordinaire; le sujet l'éprouve d'ailleurs, non-seulement au bout de la verge, mais encore au col de la vessie, et jusqu'à l'anus. Un grand nombre de malades se plaignent aussi d'éprouver à la partie supérieure et interne des cuisses, des douleurs qui s'étendent quelquefois aux jambes, et même aux pieds, aux pubis, à l'hypogastre, au sacrum, aux lombes. Ces dernières sont plus fortes quand le sujet incline le corps en avant ou fait de l'exercice; elles finissent même quelquefois par rendre la station et la marche pénibles, mais elles varient beaucoup. Je les ai observées dans des catarrhes légers, tandis qu'elles manquaient dans d'autres beaucoup plus graves. Je pense qu'elles se rattachent plus directement aux difficultés d'uriner coïncidant avec le catarrhe qu'à cette phlegmasie elle-même.

J'ai dit que la fièvre n'accompagnait pas toujours le catarrhe. Cependant elle s'y joint quelquefois, avec toutes ses conséquences, surtout quand il est ancien et permanent. C'est l'effet ordinaire de la plupart des maladies. Ce qu'il y a de remarquable, c'est l'influence qu'elle exerce souvent sur l'affection catarrhale. Je répète que l'apparition d'une fièvre un peu intense apporte des changemens notables dans les dépôts de l'urine : à son début, ceux-ci diminuent, tandis qu'ils augmentent vers sa fin. De même, quand une phlegmasie accidentelle survient dans d'autres membranes muqueuses, celle de la vessie diminue d'abord beaucoup, au point même de faire croire à une métastase, tandis que quand cette maladie intercurrente décroît ou cesse, les dépôts de l'urine reparaissent plus abondans qu'ils n'étaient par le passé.

Dans la grande majorité des cas, le catarrhe vésical suit une marche continue. Quelquefois cependant il affecte une

sorte de périodicité, ou du moins présente des intermittences marquées. Ainsi Hoffmann cite un homme de cabinet qui éprouvait par intervalles des douleurs intolérables à la région de la vessie ; six années se passèrent dans des alternatives de soulagement temporaire et de souffrances ; à la mort, on trouva les tuniques de la vessie denses et très épaisses. C'est surtout au début de la maladie qu'on remarque ces suspensions plus ou moins prolongées. Quand le catarrhe est dû à des influences atmosphériques, il acquiert plus d'intensité au moment où la cause agit avec plus de force, et diminue ensuite, si même il ne cesse entièrement. Voilà pourquoi il lui arrive quelquefois de n'avoir lieu que pendant l'hiver. Cependant même alors, il finit presque toujours par devenir permanent.

Abandonné à lui-même, le catarrhe vésical se termine souvent par la mort ; l'appareil urinaire offre alors une série de désordres dont j'ai fait connaître les principaux, soit dans ce travail, soit dans mon Traité de l'affection calculeuse. Il y a cependant des cas rares où la terminaison est heureuse ; j'ai vu moi-même un catarrhe accidentel cesser au bout de quelque temps, par les seuls efforts de la nature, sans qu'on eût employé aucun traitement.

Dans beaucoup de circonstances, l'art parvient à écarter la cause du catarrhe, qui alors disparaît. Sa cessation a lieu d'autant plus promptement qu'on laisse moins à la maladie le temps de parcourir ses périodes et de produire, dans la vessie, des désordres qui suffiraient ensuite pour l'entretenir elle-même.

On a vu des catarrhes chroniques, même anciens, passer spontanément à l'état aigu, et alors la maladie se terminer par résolution, sans laisser la moindre trace. Cette terminaison s'observe rarement ; je n'en ai rencontré que deux exemples ; il s'en est présenté un à la Charité, dont je vais donner une indication sommaire. Une septuagénaire éprou-

vait depuis dix années quelques légères atteintes de catarrhe vésical, qu'elle avait toujours négligées, parce qu'elles ne l'empêchaient pas de se livrer à son état de couturière. Depuis trois mois seulement les symptômes avaient augmenté, lorsqu'elle prit le parti d'entrer à l'hôpital. Elle offrait alors : douleur vive à l'hypogastre, que la pression rendait plus forte; difficulté de marcher, picotemens et chaleur très vive aux parties génitales, besoins fréquens d'uriner, incontinence d'urine quand elle résistait à ces besoins, écoulement de sang par l'urètre, pouls petit et fréquent, langue sèche, soif. Plusieurs applications de sangsues, des bains, des lavemens émolliens et d'abondantes boissons procurèrent du soulagement; d'abord il ne s'échappa plus de sang avec l'urine ; puis l'excrétion de cette dernière devint plus facile ; un dépôt muqueux que le liquide continuait encore de présenter finit par disparaître, et la guérison fut parfaite.

S'il est rare que le catarrhe chronique guérisse par voie de résolution en passant spontanément à l'état aigu, le même cas n'a pas lieu quand cette transformation a été provoquée par l'art. Nous verrons, à l'article du traitement, qu'une foule de catarrhes vésicaux chroniques cèdent à des méthodes perturbatrices. Or les moyens que réclament l'application de ces méthodes agissent généralement en surexcitant la surface déjà malade; l'inflammation plus vive qui résulte de là, en se dissipant, entraîne avec elle toutes les traces de celle plus lente à laquelle elle a succédé; mais la réaction peut aussi, quand elle est portée trop loin, produire des désordres plus ou moins graves.

Les ouvertures de cadavres font connaître les nombreuses et profondes lésions organiques que la phlegmasie vésicale entraîne lorsqu'on la néglige et qu'elle se soutient à un certain degré d'intensité. Mais alors la mort est moins due à la phlegmasie elle-même qu'à ses effets secondaires. Ce qui

prouve cette assertion, c'est qu'on voit souvent les malades vivre pendant plusieurs années avec un catarrhe grave de vessie ; quoique le viscère, épaissi et racorni, ne puisse contenir qu'une très petite quantité d'urine, mêlée à une masse énorme de dépôts muqueux, et qu'en conséquence ils soient obligés d'uriner pour ainsi dire à chaque instant, avec d'atroces souffrances. Avec le temps, néanmoins, le catarrhe réagit sur la constitution, la santé se dérange, les forces s'épuisent, et la mort arrive, précédée du marasme, ce qui tient à l'influence des lésions organiques de la vessie, et surtout à celle des affections consécutives dont les reins manquent rarement d'être atteints.

Ce qui a été dit jusqu'ici s'applique au catarrhe chronique, qui est, en effet, celui qu'on rencontre le plus communément dans la pratique. Mais quand la phlegmasie prend une marche plus rapide, soit d'elle-même, soit par l'effet des agens thérapeutiques à l'aide desquels on veut la combattre, lorsqu'il y a ce qu'on appelle catarrhe aigu, ou cystite proprement dite, les phénomènes changent d'aspect.

A l'égard de la cystite, il est une distinction importante à établir. Tantôt la phlegmasie de la vessie est isolée et indépendante de tout autre état morbide ; la cause agit directement sur le viscère, qui seul est atteint, la maladie à une marche franche et nette : ces cas ne sont pas les plus nombreux, à beaucoup près. Tantôt, au contraire, il n'y a point de cause directe ; l'état général du malade est mauvais, toutes les membranes muqueuses sont prédisposées à s'enflammer sous l'empire d'une circonstance quelconque, et la phlegmasie n'en quitte une que pour se porter sur une autre. J'en ai cité des exemples, et l'on en trouve d'autres dans les auteurs. Ainsi la maladie débute par un ou plusieurs accès de fièvre ; la membrane muqueuse pulmonaire se prend ; les accidens diminuent par l'effet d'un traitement approprié, mais l'état maladif persiste, bien qu'à un moindre degré ; les fris-

sons reparaissent, ainsi que la fièvre, et le canal digestif se prend à son tour; on combat ces nouveaux symptômes, et l'on procure encore quelques jours de calme; mais bientôt l'appareil urinaire devient le siège de la phlegmasie, et, chose digne de remarque, c'est là que celle-ci se déploie avec le plus d'intensité et de persistance.

Il n'importe pas moins de distinguer les cas où la cystite est idiopathique de ceux dans lesquels elle est purement symptomatique. On comprend, en effet, que si elle a été la conséquence d'une lésion de la matrice ou du rectum, par exemple, la conduite à tenir différera de celle qu'il faudrait observer dans le cas où l'inflammation vésicale dépendrait d'une distension excessive de l'organe ou de la présence d'un corps étranger.

On a, suivant l'usage, accolé à la cystite les caractères généraux de toute inflammation occupant une grande surface. Il me paraît rationnel de laisser de côté tout ce qui est relatif aux troubles de la circulation, de la respiration, de la digestion, etc., ces séries de phénomènes morbides ne présentant ici aucun caractère spécial. Quant aux symptômes locaux, ils consistent en des besoins d'uriner fréquens et irrésistibles, bien qu'il n'y ait souvent à rendre que quelques gouttes d'urine rouge, dont le passage détermine une sensation pénible de cuisson et d'ardeur: il y a des ténesmes, des épreintes; la pression de l'hypogastre est douloureuse et provoque le besoin d'uriner; si le malade est maigre, on sent, derrière les pubis, une tumeur dure formée par la vessie; le doigt, introduit dans le rectum, cause aussi de la douleur. On remarque, en même temps, de la fièvre, de la soif, de l'agitation, de l'insomnie. Bientôt tous ces symptômes augmentent; l'hypogastre devient plus douloureux à la pression; la tumeur grossit et s'élève au-dessus des pubis; elle est dure et arrondie; les difficultés d'uriner croissent, ainsi que les cuissons, les ardeurs, les épreintes, qui accompagnent

l'excrétion des gouttes d'urine que le malade rend avec de grands efforts et de cruelles angoisses.

Il est facile de voir que la plupart des symptômes attribués à la cystite tiennent plus au séjour forcé de l'urine dans son réservoir qu'à l'inflammation elle-même ; car alors la vessie se contracte si faiblement qu'elle a de la peine à chasser son contenu. On retrouve ici ce qui a lieu dans tous les cas où une cause quelconque empêche le liquide de s'échapper au dehors. Cependant il y a presque toujours, dans la cystite, des hoquets et des vomissemens, qu'on voit plus rarement dans la rétention d'urine, et qui surviennent surtout quand la phlegmasie se propage aux uretères et aux reins, bien qu'ils ne soient pas, comme le pense M. Coulson, un caractère spécial des maladies de ces derniers organes ; d'ailleurs, la fièvre est plus intense et la douleur à l'hypogastre plus grande : l'urine, constamment rare, est quelquefois limpide au début, mais bientôt elle prend une teinte sanguinolente, ou même il ne s'écoule que du sang presque pur.

S'il arrive à l'urine de contenir des mucosités, celles-ci diffèrent de ce qu'on observe dans le catarrhe chronique ; elles sont plus ténues, plus visqueuses, souvent rougeâtres, et ne forment pas des masses épaisses, consistantes. A la vérité, toute espèce de dépôt peut se présenter accidentellement dans l'urine par le fait de la cystite aiguë, surtout à une époque avancée, lorsque la phlegmasie tend à devenir chronique. Alors, en effet, on voit apparaître ces amas, dont parlent les auteurs, de matière jaunâtre, visqueuse, épaisse, puriforme, fétide, qui n'existent que très rarement pendant la période aiguë.

En somme, ce qui fait surtout varier les symptômes de la cystite, ce sont les accidens qui naissent du séjour forcé de l'urine dans la vessie et des efforts de cet organe pour se débarrasser de son contenu. Si, dès le début, on parvient à placer aisément une sonde, et que le malade en soit peu in-

commodé, les symptômes pourront être fort légers, et la plupart de ceux qu'on attribue à la cystite manqueront. On conçoit combien il importe de ne pas mettre sur le compte de cette dernière les accidens provoqués par la rétention d'urine qui en est la conséquence ; c'est le seul moyen de ne pas confondre l'une avec l'autre deux maladies dont le traitement n'est point le même.

Beaucoup de circonstances, tenant, soit aux dispositions du sujet, soit à d'éventuelles complications, font varier la marche et la gravité de la cystite. Ainsi, chez les calculeux, la présence d'un corps étranger dans la vessie donne à l'inflammation un cours plus rapide et des symptômes plus prononcés ; les contractions du viscère sont plus douloureuses ; la cystite est alors fort grave, et la mort survient presque toujours au milieu d'affreuses angoisses.

Nous avons vu, dans un chapitre précédent, que quand la cystite se déclare à la suite de l'atonie de la vessie, de la stagnation prolongée de l'urine dans son réservoir, non-seulement elle présente beaucoup de gravité, mais encore son invasion est plus rapide. C'est par la rétention d'urine qu'alors elle débute. A la vérité, cette rétention a été préparée de longue main ; la vessie, privée de la contractilité nécessaire pour chasser entièrement son contenu, reste des semaines et même des mois entiers dans un état de demi-plénitude, de sorte que la rétention et, par suite, la cystite ne se déclarent qu'au moment où l'organe éprouve une surdistension accidentelle. Cette rétention amène d'abord l'hématurie, et pour peu qu'on laisse la vessie distendue, l'inflammation s'empare de ses parois. Le malade éprouve une anxiété inexprimable ; s'il rend de l'urine, elle est sanguinolente, noire, souvent fétide ; celle qu'on retire au moyen de la sonde a les mêmes caractères. Il arrive parfois alors qu'au moment où la cystite débute, la vessie est surdistendue : par conséquent, il y a tumeur volumineuse à l'hypogastre. Mais,

par le fait de l'inflammation, les parois vésicales sont susceptibles d'augmenter rapidement d'épaisseur, et la tumeur persiste alors, quoique d'un volume moindre; elle est appréciable au toucher et fort douloureuse. J'ai indiqué les moyens de distinguer si elle est formée par une accumulation d'urine ou par l'épaississement des parois de la vessie. L'usage de la sonde est ici d'une nécessité absolue; j'ai signalé de graves méprises dans lesquelles étaient tombés des praticiens d'un grand mérite, qui avaient cru pouvoir émettre un avis sans recourir au cathétérisme. Nous en trouvons un exemple dans Chopart. Un homme, dit cet écrivain, fut reçu à la Charité, pour une rétention d'urine qu'on attribuait à une cause rhumatismale; on n'avait pu le sonder. La région hypogastrique était tendue; l'urine sortait par regorgement : il n'y avait ni fièvre, ni douleur pour uriner. On mit un large vésicatoire sur le bas-ventre; au bout de dix-huit heures, le malade commença à uriner volontairement, et, le lendemain, la tension du ventre avait disparu. Evidemment, ici il n'y avait pas cystite, mais seulement rétention d'urine, et l'impossibilité du cathétérisme provenait de l'impéritie du chirurgien.

La cystite qui se manifeste dans les cas d'hypertrophie de la vessie, mérite d'autant plus d'attention qu'on est fort souvent à portée de l'observer. Les accidens locaux et généraux sont plus prompts et plus graves. Les parois vésicales résistent davantage à l'accumulation de l'urine; mais enfin elles finissent par céder, et l'on voit des vessies racornies, à parois très épaisses, acquérir d'énormes dimensions sous l'influence d'une phlegmasie aiguë qui paralyse la contractilité du viscère, avant même d'avoir fait naître des symptômes saillans; car ceux-ci ne commencent à se prononcer que quand la vessie est distendue par l'urine, et alors on trouve ceux de la rétention d'urine réunis avec ceux de la cystite. Le cas est embarrassant et quelquefois très grave.

Je me suis longuement occupé des états nerveux du col vésical. Le corps de la vessie peut aussi se trouver atteint de ces mêmes états morbides, qu'on a désignés là sous les noms de spasme ou de ténesme de vessie; mais ils y sont moins franchement dessinés qu'au col. On voit bien que les parois de l'organe se contractent avec plus de force qu'elles ne devraient le faire, qu'elles ne se laissent point écarter par l'urine comme il arrive chez les sujets en santé, que le liquide urinaire et les injections sont repoussés avec force et précipitation; si le malade parvient à résister pendant quelque temps au besoin d'uriner, ou si l'on pousse une injection avec force, il en résulte des épreintes et un besoin si impérieux qu'il faut nécessairement y céder. Cet état est ou du moins demeure rarement isolé; presque toujours il s'y joint une inflammation, et la cystite aiguë forme alors la maladie principale, celle dont on doit spécialement s'occuper.

La marche de la cystite est en général très rapide, toutefois avec des nuances qui tiennent les unes aux causes, les autres aux dispositions individuelles, et quelques-unes à des complications. Cette marche et la terminaison varient surtout d'après le mode de traitement employé pour combattre les accidens. Très souvent, en effet, on parvient à enrayer la maladie au début; mais, si l'on ne réussit pas, les phénomènes généraux se développent avec une rapidité extrême. Pendant la période d'exaltation, on observe souvent une fièvre intense, avec mouvemens nerveux et vomissemens; dans la plupart des cas, à la période suivante, il y a prostration générale profonde, hocquet, délire, irrégularité et intermittence du pouls, anéantissement progressif. Cette espèce de cystite est d'autant plus grave et plus rapidement mortelle que l'inflammation aiguë a été plus long-temps précédée d'une phlegmasie chronique. Celle qui succède à des causes accidentelles, telles qu'un refroidissement brusque, un excès de boissons alcooliques, le cathétérisme mal exécuté,

les manœuvres de la lithotritie et de la cystotomie, a généralement une allure moins rapide, moins effrayante, et la plupart du temps aussi elle a beaucoup moins de gravité, pourvu toutefois qu'on ait grand soin d'empêcher l'accumulation prolongée de l'urine dans son réservoir. Ici la cause déterminante est passagère. Lorsqu'elle n'a pas agi avec trop d'intensité, il est assez facile de se rendre maître de l'inflammation, en l'attaquant dès le début. Quand la vessie est naturellement très petite, la tumeur qu'elle forme dans ce cas est douloureuse aussi, mais elle fait à peine saillie au-dessus de l'arcade pubienne, circonstance qu'il importe de ne pas perdre de vue, si l'on veut éviter les méprises dont j'ai cité plusieurs exemples en parlant de la rétention d'urine et de l'hématurie.

D'autres circonstances encore font varier les symptômes et la marche de la cystite. Chez les sujets très irritables, les mouvemens convulsifs et le délire tiennent le premier rang, tandis que, chez ceux d'une constitution molle et lymphatique, l'affaissement, qui ne survient d'ordinaire qu'à la seconde période, se manifeste pour ainsi dire dès le début. Alors aussi on voit des congestions s'opérer vers le cerveau ou les poumons, tandis que, du côté de la vessie, les symptômes sont généralement faibles ; ce viscère est mou et flasque ; il cède, et forme une tumeur volumineuse, mais peu dure.

La cystite peut être partielle et occuper seulement le col vésical et ses alentours. On dit qu'alors les symptômes généraux sont moins marqués, mais les épreintes de la rétention d'urine et les douleurs causées par la sortie du liquide plus fortes. Il est bon de se rappeler que, dans ces cas, on prend souvent pour une cystite ce qui n'est qu'une simple rétention d'urine. C'est ce qui explique pourquoi quelques auteurs considèrent la cystite comme une maladie fort rare, et d'autres la voient partout, surtout depuis l'invention de la lithotritie ; car il y a aujourd'hui des praticiens

qui la supposent chaque fois qu'ils observent une irritation du col vésical, une augmentation de la contractilité du viscère, déterminée soit par les manœuvres de l'opération, soit par la présence des fragmens de calcul.

Mais il ne faut pas se dissimuler que les moyens à l'aide desquels on prétend pouvoir distinguer si la cystite est partielle ou totale, sont fort incertains. Ainsi, malgré les affirmations de certains auteurs, de Sœmmerring, par exemple, il n'y a, ni dans la rétention d'urine, ni dans la tumeur qu'on sent à l'hypogastre ou par le rectum, ni dans le degré de la douleur, aucune particularité propre à faire penser qu'un point de l'organe soit affecté plutôt qu'un autre. Les faits qu'on pourrait alléguer en preuve du contraire, sont exceptionnels, et il ne faudrait pas s'attendre à les voir se reproduire dans telle ou telle circonstance donnée. Si l'on en croit Sœmmerring, les explorations par le rectum permettraient de reconnaître le point du col ou du bas-fond de la vessie qui est le siège de la cystite. Cette assertion manque de fondement : l'examen le plus attentif par le périnée ou l'anus ne fournit aucun renseignement précis à cet égard ; c'est par induction, et non d'après l'observation, qu'on a formulé ce prétendu moyen de diagnostic. Les indices auxquels on a cru reconnaître que l'inflammation occupe les orifices des uretères, la face antérieure ou la face postérieure de la vessie, n'ont pas plus de valeur ; on s'est livré, sous ce rapport, à des suppositions que l'expérience ne sanctionne point.

En général, le trigone est la partie que l'inflammation envahit la première et avec le plus de force. On a cherché à expliquer cette prédilection en disant que là s'opère le dépôt des sédimens de l'urine, parce que c'est le point le plus déclive de l'organe, ce qui manque d'exactitude. Il me paraît plus simple et plus rationnel de l'attribuer à la grande sensibilité dont jouit le col vésical. En effet, de ce point

partent les principales irradiations, et les expériences de M. Ch. Bell me paraissent avoir bien établi qu'il est le centre de la vitalité de l'organe, le nœud d'où dérivent toutes ses sensations.

Je n'insisterai pas davantage sur la cystite. Sous le point de vue pratique, les remarques qui précèdent suffiront pour la faire distinguer, et je n'ai pas le projet de reproduire les opinions diverses qui ont été émises à son égard. Sa fréquence est moins grande que ne le pensent beaucoup de praticiens; mais on la rencontre plus souvent que d'autres ne le prétendent. Elle a une gravité proportionnée à la cause qui la détermine, à l'état du sujet, aux complications qui surviennent, et surtout à la manière dont elle est traitée. Dans un très grand nombre de cas, on peut faire avorter l'inflammation en écartant la cause, ce qui est d'autant plus facile que le plus souvent cette cause tient à l'accumulation de l'urine. Mais, quand on la traite mal ou qu'on la néglige, elle se termine d'ordinaire par la mort; cependant les efforts les mieux combinés de l'art ne parviennent pas toujours à empêcher cette funeste issue.

ARTICLE II.

Des résultats de l'autopsie cadavérique dans le catarrhe vésical.

On a eu souvent occasion de faire des ouvertures de corps à la suite des inflammations de la vessie, soit aiguës, soit chroniques, et c'est par là seulement qu'on est parvenu à bien connaître l'étendue des désordres que la phlegmasie détermine dans les parois vésicales, les uretères, les reins et même les tissus environnans.

Dans le catarrhe chronique, la membrane interne de la vessie est le siège principal des lésions. Le plus ordinairement on la trouve livide, boursouflée, ramollie. Le réseau

capillaire qu'elle renferme est en général assez développé, ce qui a fait dire à Sœmmerring et autres qu'elle devient variqueuse. On y aperçoit seulement des arborisations plus ou moins prononcées. Quelquefois cependant les veines sont plus développées que de coutume. Tantôt l'injection vasculaire se fait remarquer sur toute l'étendue de la membrane muqueuse; tantôt, et le plus souvent, elle est bornée aux parties qui avoisinent le col ou le bas-fond. Cette circonstance prouve que le catarrhe vésical, même lorsqu'il a de la gravité, peut n'être point général; car si l'inflammation avait occupé au même degré toute la surface interne du viscère, les lésions de texture qu'elle entraîne existeraient partout au même degré.

Les altérations circonscrites de la membrane muqueuse s'observent principalement dans les catarrhes commençans, lorsque la mort a été le résultat d'une autre maladie ou d'un accident. On aperçoit alors des plaques disséminées sans régularité, dont la couleur, rouge ou livide, plus marquée au centre, diminue d'intensité à la périphérie. Un adulte, atteint depuis long-temps d'une fistule périnéale, fut pris tout-à-coup de néphrite aiguë, avec symptômes cérébraux, qui causa la mort au cinquième jour; je trouvai les traces d'une vive inflammation dans le rein droit; un calcul obstruait l'orifice supérieur de l'uretère gauche, dont le rein était atrophié; la vessie offrait des plaques d'un rouge vif, avec injection des vaisseaux; les plus grandes et les plus nombreuses de ces plaques occupaient la face postérieure et le sommet.

Chez un autre adulte, mort phthisique, dans le service des calculeux, nous avons trouvé les reins hypertrophiés et contenant un grand nombre de petits abcès; la surface interne de la vessie avait une teinte rouge plus foncée que de coutume; à la face antérieure, près du col, existaient des arborisations vasculaires, disposées sans régularité : immédiatement au-dessus de l'orifice interne de l'urètre, on distin-

gnait une veinule sensiblement dilatée dans l'étendue de cinq à six lignes. Cette veinule devenait très saillante quand on refoulait le liquide qu'elle contenait. Le malade avait présenté quelques symptômes d'atonie vésicale et de catarrhe; de loin en loin aussi, il accusait des douleurs à la région lombaire, mais ces douleurs n'avaient rien de constant, et n'étaient pas en rapport avec les lésions qui furent découvertes dans les reins.

Dans quelques cas de catarrhe plus avancé, toute la surface interne de la vessie est tachetée d'une manière uniforme. La couleur, l'étendue et le nombre des taches varient à l'infini. Quelquefois elles sont cendrées, sur un fond grisâtre ; mais généralement elles ont une teinte noirâtre, et reposent sur un fond livide. Chez certains sujets, elles sont fort petites et très rapprochées les unes des autres, ce qui donne un aspect tout particulier à la surface ; elles ne font pas de saillie manifeste. J'ai vu, dans le service des calculeux, un malade chez lequel on avait cru trouver la pierre, et qui succomba, peu de jours après son entrée, à une affection grave de la vessie. La membrane muqueuse de ce viscère était parsemée de granulations d'un gris noir, d'une étendue et d'une épaisseur très variées : quelques-unes étaient discrètes, surtout vers le sommet et la face antérieure de la vessie, tandis que, vers le bas-fond et la partie postérieure, elles étaient confluentes et formaient des croûtes, dont deux étaient aussi larges qu'une pièce de cinq francs. Le malade rendait habituellement une urine purulente et fétide : il mourut dans un état de marasme.

Cette dernière circonstance distingue les taches des vésicules ou phlyctènes qui les accompagnent assez fréquemment, et qui parfois constituent de véritables tubercules ou granulations, contrastant par leur teinte jaunâtre avec la coloration du reste de la vessie. L'éruption vésicale a souvent une grande étendue; je l'ai vue se propager jusque

dans la partie membraneuse de l'urètre. En général les vésicules m'ont paru d'un gris foncé, tandis que les espaces intermédiaires étaient d'un noir bleuâtre.

J'ai parlé plusieurs fois de la teinte pâle que la face interne de la vessie peut présenter à la suite des troubles fonctionnels ou de l'inflammation du viscère. Nous avons vu aussi que cette surface était souvent d'une pâleur remarquable dans les cas d'atrophie et de paralysie. Cette décoloration a lieu également dans certains catarrhes anciens, mais peu développés, de telle sorte qu'à l'inspection du cadavre, on n'aurait jamais soupçonné que les abondantes mucosités dont l'urine sortait chargée pendant la vie, provenaient de la vessie. Ce ne sont là toutefois que des circonstances rares et exceptionnelles.

Il est plus commun de voir la face interne de la vessie couverte d'une couche grise, faisant pour ainsi dire corps avec la membrane muqueuse, et ayant plusieurs millimètres d'épaisseur en certains endroits, notamment près du col. J'ai quelquefois rencontré cette couche pseudo-membraneuse, non-seulement dans l'appareil urinaire, mais encore dans les voies aériennes et digestives. Chez un de mes malades, l'urètre lui-même en était tapissé, et on l'apercevait au méat urinaire, aussi bien que dans la bouche; la phlegmasie diphthéritique entraîna la mort. Chez un autre sujet, que je soumis à la lithotritie, le même phénomène eut lieu, et ne se fit connaître que par un grand nombre d'épais lambeaux entraînés avec l'urine; mais ici la maladie se termina d'une manière heureuse. Jadis on attribuait ces pseudo-membranes à une exfoliation de la muqueuse vésicale : aujourd'hui on pense généralement que leur formation ne diffère pas de celle des fausses membranes qui se produisent dans le croup. Quoi qu'il en soit, elles flottent quelquefois dans l'intérieur du viscère avant de se détacher, et comme elles ont souvent beaucoup de consistance, elles peuvent alors induire en erreur le pra-

ticien qui n'a pas une grande habitude du cathétérisme. L'aspect qu'elles donnent à la vessie ressemble parfaitement à celui que ce viscère offre après avoir été soumis à une macération prolongée. Je les ai rencontrées dans les cas d'atrophie, aussi bien que dans ceux d'hypertrophie. Elles s'observent de préférence dans les catarrhes anciens, chez les sujets d'un tempérament lymphatique. Jamais je ne les ai vues quand les dépôts de l'urine avaient persisté pendant longtemps sous forme purulente. Sous aucun rapport elles ne diffèrent de celles qui se développent quelquefois chez les personnes attaquées de la pierre, et dont j'ai cité un grand nombre d'exemples dans mon Traité de l'affection calculeuse.

La face interne de la vessie présente assez fréquemment des ulcérations. J'en ai cité un grand nombre d'exemples, soit dans cet ouvrage, soit dans le Traité de l'affection calculeuse. Toutes les variétés imaginables peuvent être observées à l'égard de ces désordres, qui sont dus les uns à la violence ou à la longue durée de la phlegmasie, les autres aux lésions organiques préexistantes ou simultanées, certaines enfin à la présence d'un corps étranger. Quelquefois, comme dans le cas suivant, on ne se rend pas compte de la cause qui les a produits.

Je fus invité par M. Bérard à être présent à l'ouverture du corps d'un homme mort dans son service avant qu'on eût pu constater si, comme on le soupçonnait, il y avait chez lui quelque lésion profonde des organes urinaires. L'excavation pelvienne offrit des traces de péritonite, avec quelques fausses membranes. La vessie était médiocrement distendue par de l'urine. On l'ouvrit, ainsi que l'urètre, par la face supérieure, après avoir coupé le cartilage interpubien, et écarté l'un de l'autre les os pubis, diduction pendant laquelle on vit un liquide purulent sortir du côté droit, en dehors de la partie membraneuse de l'urètre. Le canal ne

présentait rien d'anormal, quoiqu'on eût éprouvé des difficultés pour passer une sonde ; seulement, à son orifice interne, on remarquait une déviation brusque, mais peu étendue. A mesure que le liquide contenu dans la vessie s'écoulait, on découvrait sur divers points de la face interne du viscère de petites ulcérations superficielles, dont une plus profonde et plus étendue vers le bas-fond ; mais ces ulcères ne paraissaient pas accompagnés de phlegmasie. Sur les côtés du col vésical, aux endroits où les lobes latéraux de la prostate font saillie dans l'organe lorsque la glande est tuméfiée, existaient deux larges ulcérations, peu profondes et sans nulle trace d'inflammation. Aucun point de la surface de la vessie n'offrait cette teinte brune et violacée qu'il est si commun d'observer dans les maladies graves du viscère, et partout la coloration était pour ainsi dire normale. Sur le côté droit et à la face inférieure de la portion membraneuse de l'urètre, était une vaste collection purulente, qui ne paraissait communiquer ni avec la vessie, ni avec l'urètre, ni avec le scrotum ; ce dernier était volumineux, et depuis long-temps on y voyait l'orifice externe d'un trajet fistuleux. Malgré toutes les recherches, on ne parvint point à découvrir de communication entre cette poche et les parties que je viens d'indiquer. Il paraît que l'abcès, dont la formation lente n'avait pas même été soupçonnée pendant la vie, s'était développé sous l'influence de la lésion de la vessie, de la même manière qu'il arrive à certaines collections purulentes siégeant sur le trajet de l'urètre, par suite d'une lésion organique ou seulement d'un trouble des fonctions de ce canal, avec lequel elles ne communiquent point.

Quelques faits tendent à prouver que l'ulcération de la vessie est d'autant plus à craindre que l'inflammation, après avoir long-temps existé sous forme chronique, prend une marche aiguë, et persiste sous cette nouvelle forme. J'ai trouvé alors des ulcères tantôt multiples et fort circonscrits,

tantôt uniques, ou en petit nombre, mais fort étendus, presque toujours superficiels et n'attaquant que la membrane muqueuse; celle-ci était, dans un certain espace, ou totalement détruite, ou criblée de petits trous, séparés par des parties filamenteuses. Il y a des cas cependant où les ulcères sont fort larges, ainsi que Trew, M. Brodie et autres en citent des exemples. Chez quelques sujets, la membrane muqueuse est détruite, et la tunique charnue se trouve mise à découvert, mieux que ne le pourrait faire la dissection la plus minutieuse; elle peut même disparaître entièrement, comme il arriva chez une femme morte à la suite d'un catarrhe vésical aigu, dont M. Coulson a publié l'histoire. Dans d'autres circonstances, l'ulcération est moins superficielle, et je citerai à ce sujet le fait suivant, qui s'est offert à l'hôpital Necker.

Pendant deux mois que le malade passa dans mon service, on avait remarqué chez lui une fièvre lente continue, avec perte complète de l'appétit, alternatives de dévoiement et de constipation, hoquets peu prononcés, mais fort opiniâtres, maux de reins, difficultés d'uriner, et douleurs en expulsant un liquide épais et puriforme. Ce malade s'éteignit peu-à-peu, sans qu'aucun symptôme eût pu faire soupçonner la gravité des désordres que l'ouverture du corps révéla. La membrane muqueuse était détruite dans presque toute l'étendue de la vessie; ce qui en restait était phlogosé, érysipélateux, granulé; les veines qui rampaient à la surface interne de l'organe, avaient beaucoup de développement; deux d'entre elles surtout représentaient, de chaque côté, un gros cordon saillant et sinueux. De la face inférieure du col, et un peu sur le côté, s'élevaient deux excroissances fongueuses, aplaties, et adhérentes par leur base au corps de la prostate, ou plutôt à l'espèce d'éperon qui s'étend d'un lobe latéral à celui du côté opposé. Ce repli formait une saillie coupée à pic du côté de l'urètre, et ayant huit lignes de hauteur,

quantité dont l'urètre était dévié en haut, à son entrée dans la vessie. Les lobes latéraux de la prostate n'étaient pas sensiblement tuméfiés, mais ils avaient une grande dureté. Dans celui du côté droit, on voyait une série de tubercules formés d'une matière grise, un peu jaunâtre. La vésicule séminale du côté droit contenait une matière jaune, dure et concrète. Le trigone vésical n'offrait plus rien de sa forme et de son aspect ordinaires; c'était une surface inégale, bosselée, et bien plus étendue que de coutume. Les uretères étaient fort gros, et leur orifice vésical dilaté. L'urètre ne présentait rien de particulier. La crête urétrale était arrondie, et plus dure qu'à l'ordinaire; elle formait une espèce de tubercule, derrière lequel commençait la déviation du canal.

L'ulcération profonde des parois vésicales s'observe principalement à la suite des inflammations vives et prolongées du viscère. Dans ce cas, elle détruit non-seulement la tunique muqueuse, mais encore le tissu cellulaire intermusculaire, et n'épargne même pas les fibres charnues. C'est alors qu'ont lieu les perforations de la vessie qui entraînent des épanchemens d'urine ou des fistules, soit recto-vésicales, soit vagino-vésicales, soit enfin utéro-vésicales, dernière espèce fort rare sans doute, mais dont madame Lachapelle a rapporté un exemple.

Les faits constatés par les autopsies ont beaucoup d'importance par rapport au diagnostic des ulcérations vésicales. Ils concourent d'ailleurs, s'ils ne suffisent pas toujours, à rendre raison d'une foule de phénomènes morbides qui avaient embarrassé le praticien pendant la vie. Ils ont également pour effet de mettre en évidence l'inutilité des ressources de l'art dans la plupart des circonstances. Ainsi, en ce qui concerne le diagnostic, il présente les plus grandes difficultés, eu égard non pas seulement au nombre et à l'étendue des ulcères, mais même à leur simple

existence, que l'ouverture des corps vient seule révéler. Au lit du malade, il ne faut jamais perdre de vue que de tels désordres peuvent avoir lieu, et c'est d'après les conjectures qu'il forme à cet égard que le praticien règle sa conduite. Mais les données fournies par l'autopsie ont une autre portée bien plus sérieuse; elles font connaître où peut conduire la méthode expectante, dont on se contente si généralement, tandis qu'en suivant une autre marche, on aurait sinon la certitude, au moins une forte probabilité d'arrêter le mal dans ses progrès et d'en prévenir les funestes conséquences.

Les plus fréquentes des communications que les ulcères de la vessie établissent entre cet organe et ceux qui l'avoisinent, sont celles avec l'appareil digestif. Celles-si s'annoncent, pendant la vie, par le passage réciproque de l'urine dans le rectum et des gaz intestinaux ou des résidus de la digestion dans l'urètre. On en connaît en grand nombre d'exemples, et cependant leur histoire est encore fort obscure. D'abord, les signes à l'aide desquels on pourrait les reconnaître manquent souvent, ou, s'ils existent, ils sont si peu prononcés, qu'ils ne sauraient conduire à aucune donnée positive. En second lieu, alors même que l'existence réelle d'une de ces communications anormales serait constatée, on demeure dans l'incertitude à l'égard de la longueur des trajets, de leur forme, de leur direction et des dispositions que leur orifice présente, du côté soit des intestins, soit de l'appareil urinaire.

Certains malades rendent des gaz par la verge. On conclut de là qu'il y a chez eux communication entre le canal intestinal et l'urètre ou la vessie. J'en ai vu quelques-uns de ce genre, entre autres un dont la prostate était malade et la vessie contenait un petit calcul, outre qu'elle était atteinte d'un catarrhe considérable. De nombreuses explorations, faites par Dubois et par moi, ne purent indiquer le point où l'ap-

pareil urinaire communiquait avec le rectum. Cependant la communication existait bien certainement. Après avoir pété par la verge pendant plusieurs années, comme disait ce malade, il fut atteint de la diarrhée, et rendit par l'urètre un liquide ayant l'odeur et la couleur de matières stercorales diffluentes. Je le débarrassai de la pierre par la lithotritie ; mais sa santé resta mauvaise, et il mourut quelques mois après. Malheureusement l'ouverture du corps ne fut pas faite.

Il s'est présenté à l'hôpital Necker un autre homme chez lequel l'urine s'échappait par l'anus, mais en petite quantité, et à d'assez longs intervalles. Le malade en était averti par un léger suintement. Lorsque l'urine coulait ainsi pendant quelques jours, il avait la diarrhée, à laquelle la constipation manquait rarement de succéder. Du reste, on remarquait chez lui plusieurs fistules, s'ouvrant les unes au périnée, les autres à la partie inférieure du scrotum. Tout le périnée était dur et tuméfié ; il y avait en même temps un catarrhe vésical fort avancé, avec perte de l'appétit, du sommeil et des forces ; l'urètre était libre, mais fort irritable. Pendant le peu de jours que ce malade passa dans mon service, je tentai de diminuer la sensibilité du canal, afin de pouvoir rechercher s'il existait un corps étranger dans la vessie et déterminer si la fistule, communiquant avec le rectum était urétrale ou vésicale ; mais le sujet sortit avant que j'eusse pu procéder à ces explorations.

On a dit que le caractère distinctif des fistules de la vessie était l'écoulement continuel de l'urine, soit au dehors, soit dans le vagin ou le rectum, et l'on a ajouté que cet écoulement se faisait souvent sans action de la part de la vessie, sans la volonté du malade, tantôt par l'effet de la pression et tantôt par celui des mouvemens du corps. Mais le fait de la sortie de l'urine par gouttes se succédant sans interruption, qu'on a surtout présenté comme distinguant les fistu-

les de la vessie de celles de l'urètre, n'est pas constant à beaucoup près. Fort souvent, au contraire, le liquide ne s'échappe, en totalité ou en partie, qu'au moment où le malade fait des efforts pour uriner ou pour aller à la selle; dans les intervalles, qui sont parfois assez longs, il ne sort absolument rien par le trajet fistuleux, et si les sujets se garnissent de linges épais, à l'effet de se garantir, c'est par pure précaution. L'écoulement continuel n'a lieu que dans certains cas, ou par le fait d'une irritation accidentelle, soit de la vessie, soit du trajet fistuleux, ou par suite de circonstances qui placent momentanément le malade en dehors de ses habitudes.

Je n'insisterai pas davantage sur ce point, qui semble appartenir plus particulièrement au domaine la chirurgie générale; j'ajouterai seulement que, quand la fistule a été longtemps négligée, il peut survenir une dégénérescence squirrheuse et même cancéreuse du rectum, et qu'alors la maladie devient épouvantable, comme on peut en juger d'après un exemple rapporté par Chopart.

Les mêmes difficultés se présentent lorsqu'une communication s'est établie entre le sommet ou la face antérieure de la vessie et un point quelconque de la paroi abdominale. Que l'urine sorte par la cicatrice ombilicale, comme j'en ai vu deux exemples, ou que le trajet fistuleux s'ouvre dans le voisinage des pubis, ainsi que j'ai observé trois fois, il est moins facile qu'on ne pense d'établir un diagnostic rigoureux. J'ai pu m'en convaincre dans les cas qui se sont offerts à moi, et dont j'ai produit ailleurs les détails.

Si, au lieu de s'épancher au-dehors, l'urine s'infiltre dans les tissus voisins ou la cavité péritonéale, le diagnostic présente plus d'incertitude encore, comme le prouvent les faits dont j'ai donné la relation.

La vessie n'est pas le seul organe qui présente des ulcérations dans ces cas graves; on en découvre aussi par-

fois dans les reins. En ouvrant le corps d'un homme mort d'apoplexie de la moelle épinière, avec cystite, à l'Hôtel-Dieu, on trouva la vessie épaissie, rouge en quelques points, et d'un noir ardoisé en d'autres; son tissu était ramolli et parsemé de nombreuses ulcérations. Elle contenait de l'urine purulente et fétide. Les reins avaient un volume double de celui qui leur est naturel; les bassinets et les uretères étaient dilatés; il s'en écoula un liquide purulent, mêlé d'urine. La membrane muqueuse était rouge, injectée, et parsemée d'ulcérations couvertes d'exsudations pseudo-membraneuses. Cette altération s'étendait jusqu'entre les mamelons, dont la substance était rougeâtre et semée de points gris, d'où la pression faisait sortir un liquide puriforme. La muqueuse du bassinet droit était beaucoup plus altérée, et l'on y apercevait des ulcérations plus nombreuses et plus larges. Le tissu propre du rein était infiltré de pus. Les veines rénales offraient, à l'intérieur, des points rouges, disséminés jusque dans leurs dernières ramifications.

La suppuration peut avoir lieu à la suite des inflammations violentes de la vessie. J'ai cité plusieurs cas dans lesquels les parois de l'organe étaient en quelque sorte infiltrées de pus. Dans d'autres, le pus s'était ramassé en foyer, et formait des dépôts, auxquels j'ai précédemment consacré un chapitre spécial, qui me dispense d'insister ici sur ce sujet.

Les auteurs parlent d'inflammations de la vessie qui se sont terminées par gangrène. Cette funeste terminaison a lieu surtout chez les calculeux, parce que c'est dans les cas de pierre qu'on observe les cystites les plus aiguës et les plus intenses. Cependant on l'observe aussi quelquefois dans des phlegmasies vésicales indépendantes de l'affection calculeuse. Au reste, il ne faut pas toujours croire à la gangrène parce qu'on trouve la surface interne de l'organe brune, noirâtre ou livide; car ce phénomène n'est pas rare dans des cas où les symptômes inflammatoires avaient eu réellement

peu d'intensité, tandis qu'il manque dans d'autres où la phlegmasie avait été fort grave. La véritable gangrène est caractérisée par des escarres plus ou moins épaisses, auxquelles succèdent des ulcérations et même des perforations de la vessie. Chopart parle d'un homme qui périt d'une rétention d'urine causée par la tuméfaction de la prostate; l'urine s'était épanchée dans le bassin, par une crevasse gangréneuse, ayant environ six lignes de diamètre. On a vu aussi des escarres de cette nature vers le sommet de la vessie. Quelquefois la gangrène envahit la presque totalité du viscère, et s'étend même aux parties voisines, comme dans un cas cité par Morgagni. La cause la plus ordinaire en est la rétention d'urine prolongée; mais, chez les femmes, il en existe une toute spéciale, la compression prolongée que la tête de l'enfant exerce sur l'urètre et le col vésical, dans les accouchemens laborieux.

Il n'est pas rare, dans le cas d'hypertrophie des parois vésicales, que la couche musculeuse ne se développe point partout d'une manière uniforme. Certains faisceaux grossissent plus que d'autres, et forment des saillies notables, qu'on a prises quelquefois pour des excroissances, ou même pour des calculs. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit à cet égard dans le chapitre consacré à l'hypertrophie de la vessie; mais je dois ajouter que l'accroissement d'épaisseur des parois de l'organe peut être dû aussi au développement de la seule membrane muqueuse. Broussais cite un cas dans lequel il trouva la vessie un peu distendue et contenant un liquide analogue à du petit lait trouble, pour la couleur et la consistance; sa membrane muqueuse n'était rouge qu'au voisinage du col, et surtout au trigone; mais elle était manifestement épaisse, rugueuse, et beaucoup plus dure au toucher que dans l'état normal. Le même fait, déjà signalé par Morgagni, a été observé aussi par M. Rostan. Je n'ai jamais rien vu de semblable; car je ne puis considérer comme tel

ni les granulations dont la surface interne de la vessie est quelquefois parsemée, et qui lui donnent un aspect rugueux, ni aucun des désordres de tous genres que j'ai constatés dans les tissus sous-jacens à la membrane muqueuse.

Parmi ces altérations des tissus sous-muqueux, il en est quelques-unes sur laquelle l'attention des praticiens ne saurait être trop appelée. Je veux parler de leur infiltration, de leur épaississement, de leur induration. Le tissu cellulaire situé sous la membrane muqueuse et dans l'interstice des fibres charnues, devient souvent dense et gonflé par le fait de l'inflammation, ce qui donne une épaisseur et une raideur insolites aux parois de l'organe, et a pu, dans bien des circonstances, faire croire qu'elles avaient subi une dégénérescence squirrheuse. Une dissection minutieuse m'a fait reconnaître que cet état de choses peut dépendre de trois états différens. Tantôt le tissu cellulaire seul est atteint, sans que les fibres charnues aient subi aucune modification; tantôt celles-ci ont elles-mêmes acquis plus de développement; quelquefois, enfin, tous les tissus sont confondus ensemble, à tel point qu'on ne distingue plus rien de la structure connue de la vessie.

Dans certains cas cependant, au lieu d'une induration, c'est un ramollissement, une sorte d'infiltration des parois vésicales, qu'on rencontre. Les tissus sont flasques et baignés d'une sanie purulente, qui colore en rouge le tissu cellulaire intermusculaire. Cette infiltration varie d'ailleurs sous le rapport de son étendue et de la quantité du liquide épanché. Quant à l'épaisseur que peuvent acquérir les parois vésicales, elle est parfois si considérable que l'organe, sans contenir d'urine, forme, au-dessus des pubis, une tumeur saillante et volumineuse. J'en ai cité un cas remarquable, qui n'est pas le seul que la pratique m'ait offert. Presque toujours j'ai remarqué en même temps une diminution sensible de la capacité du viscère, qui pouvait à peine contenir quelques cuillerées

de liquide; le fait n'est cependant pas sans exceptions.

Les traces de la phlegmasie catarrhale ne se bornent pas toujours à la vessie. Souvent l'urètre, surtout dans sa partie profonde, présente une teinte livide et tous les autres caractères de l'inflammation qui a existé pendant la vie; on comprend alors que la présence des sondes ait été insupportable aux malades. Plus d'une fois j'ai constaté qu'il n'y avait pas de ligne de démarcation entre le canal et la vessie, pour ce qui concerne les traces de la phlegmasie.

Dans un cas observé à l'Hôtel-Dieu, on a trouvé, au devant de la prostate, une perforation de l'urètre, communiquant avec une poche bien circonscrite et pleine d'urine; mais cette lésion de l'urètre me paraît avoir dépendu moins du catarrhe lui-même que d'un accident du cathétérisme. Le malade avait un rétrécissement urétral, qui s'était reproduit quatre fois dans l'espace de trente-six ans. Il offrait, en outre, un engorgement considérable de la prostate. On éprouva de grandes difficultés pour introduire une sonde, et tout porte à croire que l'urètre fut lésé dans les manœuvres de l'opération. Au reste, la vessie était petite, épaisse et parsemée de nombreuses colonnes, entre lesquelles existaient des petits culs de sac tapissés par une membrane muqueuse rouge, épaissie et ramollie. Ces culs de sac étaient autant de cellules, dont l'une communiquait, par un très petit pertuis, avec la cavité péritonéale, dans laquelle on trouva épanché un mélange d'urine et de pus.

J'ai plus rarement vu la phlegmasie vésicale propagée vers les uretères. Ce n'est que de loin en loin qu'on observe ici des plaques rouges ou noirâtres. Deux sujets seulement m'ont offert la membrane muqueuse uretérale affectée dans toute son étendue.

Les altérations qu'on rencontre le plus communément à la suite des catarrhes vésicaux anciens, sont celles des reins, tantôt d'un seul et tantôt de tous les deux à-la-fois. Fré-

quemment alors les uretères sont pleins de pus, après la sortie duquel leur membrane interne apparaît enflammée ou même ulcérée.

Rien n'est plus commun non plus que de trouver les uretères, les bassinets et les calices dilatés, phénomène difficile à expliquer dans les circonstances où rien ne s'opposait à la libre sortie de l'urine, c'est-à-dire où il n'y avait ni rétrécissement de l'urètre, ni engorgement de la prostate.

J'ai dit précédemment, et on ne saurait trop le répéter, que ce sont les maladies des reins qui entraînent la mort de la plupart des personnes attaquées de maladies des voies urinaires. Sous ce rapport, le catarrhe vésical ne fait point exception, car il est une des causes les plus efficaces pour faire naître les affections graves des glandes chargées de sécréter l'urine.

Je me borne à cette indication sommaire des altérations organiques constatées par l'ouverture des corps après la phlegmasie de la vessie. Pour les détails, je dois renvoyer à ce que j'ai dit en faisant l'histoire des lésions des parois vésicales, et aussi au Traité de l'affection calculeuse, où sont consignés un grand nombre de faits propres à mettre en évidence les désordres qui peuvent résulter de l'inflammation. Ces désordres sont à-peu-près les mêmes, de quelque cause que dépende la phlegmasie, et ils ne diffèrent pas non plus d'une manière notable soit qu'ils tiennent exclusivement à l'inflammation vésicale, soit qu'ils résultent d'autres états morbides ayant pour effet de gêner et d'entraver l'excrétion de l'urine.

ARTICLE III.

Des différentes espèces de catarrhe vésical.

Au catarrhe vésical s'appliquent les remarques que j'ai faites en parlant de l'hématurie, de l'incontinence, de la rétention d'urine, etc. Il ne s'agit point ici d'une maladie essentielle, mais de l'effet consécutif d'un assez grand nombre

d'états morbides de l'appareil urinaire et des tissus voisins. Ce qui distingue le catarrhe des autres phénomènes secondaires que j'ai déjà passés en revue, c'est qu'il a une course plus étendue, des formes plus variées, des conséquences plus dissemblables. Je viens de faire voir que ce qui le constitue spécialement aux yeux du vulgaire et de quelques médecins, c'est un dépôt de certaine nature contenu dans l'urine, avec des sensations particulières, produites par la sortie du liquide. Mais le dépôt est la conséquence d'une phlegmasie de la surface vésicale, et cette phlegmasie est elle-même la conséquence d'un état morbide préexistant, en sorte qu'il y a trois choses bien distinctes à considérer dans le catarrhe vésical, la phlegmasie, ses produits, et les états morbides primitifs. Les deux premiers points ont été examinés dans l'article précédent. Quant aux états morbides préexistans, je n'ai point à m'en occuper ici, puisqu'ils ont également fait le sujet de chapitres spéciaux. Il ne me reste donc plus qu'à envisager la maladie dans ses espèces, c'est-à-dire d'après les causes qui la provoquent, les circonstances au milieu desquelles elle se développe, et à faire connaître le traitement qui lui est applicable dans chaque série de cas.

§ I. Catarrhe vésical produit par un état névralgique de l'urètre et du col de la vessie.

Nous avons vu, en traitant des états névralgiques de l'urètre et du col de la vessie, que quand ils ont acquis un certain degré d'intensité, et qu'ils durent depuis long-temps, ils entraînent la manifestation d'un catarrhe vésical, indépendamment des symptômes propres et des troubles dans l'excrétion de l'urine qui les distinguent d'une manière spéciale. Toutefois ce catarrhe n'est jamais prononcé qu'à un faible degré. Les dépôts muqueux, contenus dans l'urine, sont alors en petite quantité, soit qu'ils se prennent en masse, soit qu'ils demeurent sous la forme de filamens isolés, na-

geant dans le liquide. Il est rare aussi que le passage des mucosités à travers l'urètre détermine, du moins au début, la sensation brûlante dont se plaignent d'autres malades. A son origine, le catarrhe vésical ne mérite réellement de fixer l'attention qu'en ce qu'il indique une certaine intensité de la névralgie, la propagation de l'irritation du col vésical à la face interne du viscère, et surtout un léger état d'atonie de ce dernier. Du reste, bien que les malades s'en inquiètent souvent beaucoup, il n'a pas de gravité. On le voit disparaître de lui-même, et sans traitement particulier, dès qu'on fait cesser l'état névralgique de l'urètre et du col vésical. Ces cas me paraissent si simples, qu'aujourd'hui j'ai de la peine à comprendre que des praticiens, même distingués, commettent des méprises à leur égard. Cependant le fait est incontestable, et journellement je vois des malades que d'habiles confrères ont traités sans succès, parce qu'ils ont méconnu la vraie cause de l'accident. Avant que mes idées fussent rectifiées, et aussi long-temps que ma pratique fut réglée par les opinions en crédit, j'éprouvai de nombreux revers. Je ne saurais donc trop insister sur ce point, pour faire passer dans l'esprit du lecteur la profonde conviction qui existe dans le mien, au sujet de l'influence qu'un simple état névralgique de l'urètre exerce sur la production du catarrhe vésical. Toutefois il me paraît hors de propos d'ajouter de nouveaux faits à ceux, déjà très nombreux, que j'ai fait connaître dans les volumes précédens. L'existence du catarrhe vésical ne modifie en rien le traitement, à moins qu'il ne soit très développé, et qu'il n'existe en même temps quelques-uns des autres états morbides dont je parlerai plus loin, ou qu'on n'ait à combattre, outre la maladie primitive, les perturbations déterminées par des moyens empiriques plus ou moins énergiques; car alors le catarrhe, ayant été ou négligé ou méconnu, ou mal combattu, peut se montrer opiniâtre, même en face du traitement le plus rationnel.

§ II. Catarrhe vésical produit par les rétrécissemens organiques ou par l'induration des parois de l'urètre.

Si une névralgie, une simple exaltation de la sensibilité de l'urètre et du col vésical suffit, lorsqu'elle persiste pendant un certain laps de temps, pour rendre l'excrétion de l'urine difficile et fatigante, au point d'entraîner une affection catarrhale de la vessie, à plus forte raison doit-on s'attendre à rencontrer cette dernière quand l'urètre est rétréci, et que ses parois ont perdu leur souplesse, leur élasticité normales. Il y a toutefois une distinction importante à établir, relativement à ce qui se passe dans la vessie. Nous avons vu que, dans certains cas, l'organe, obligé de déployer une force proportionnée à l'obstacle, passe à un état d'hypertrophie, que ses parois acquièrent une épaisseur considérable, et que ses contractions énergiques suffisent pour chasser l'urine sans trop le fatiguer, en sorte que l'équilibre peut se maintenir long-temps, et long-temps aussi un rétrécissement, même considérable, persister sans qu'il en résulte de catarrhe. Mais nous avons vu également que, dans d'autres circonstances, la vessie, au lieu d'augmenter d'épaisseur et d'énergie en proportion de l'obstacle dont l'urètre est le siège, reste dans les conditions ordinaires, si même ses parois ne s'apauvrissent, ce qui arrive plus fréquemment qu'on ne l'a pensé jusqu'à ce jour. En pareil cas, il est évident que la continuité de contractions pénibles et insuffisantes doit finir par amener des désordres dans la vessie, et spécialement le catarrhe. Celui-ci résulte alors, non-seulement de la fatigue de l'organe, mais encore du séjour prolongé de l'urine. Aussi la pratique l'offre-t-elle à chaque instant par l'influence de cette cause, et sous des formes variées à l'infini.

Lorsque la coarctation est considérable, on lui attribue

généralement le catarrhe. Il n'y a qu'un bien petit nombre de circonstances où, par l'effet d'une préoccupation inexplicable, on ne cherche pas d'abord à constater cette cause et à l'écarter. Dans toute pratique rationnelle, on se comporte ici comme chez les calculeux; on s'occupe d'abord du rétrécissement, et l'affection catarrhale disparaît d'elle-même, quand la voie de l'urine est redevenue libre. Il se trouve néanmoins des cas dans lesquels d'anciens rétrécissemens urétraux, trop long-temps négligés, finissent par déterminer des catarrhes considérables, plus ou moins aigus, et d'autant plus graves qu'on ne peut faire cesser subitement la cause qui les entretient. C'est alors qu'on voit survenir ces cystites profondes, dans lesquelles l'inflammation s'empare de tous les tissus qui forment les parois vésicales, et dont la terminaison est trop souvent funeste. Le praticien éprouve beaucoup d'embarras, car l'urètre est quelquefois si rétréci qu'on ne peut essayer d'introduire une sonde sans donner lieu à de fâcheux ébranlemens. Je suppose donc un cas où la rétention d'urine et la cystite existent en même temps et s'influencent l'une l'autre. J'ai fait voir ailleurs à combien de difficultés la complication des rétrécissemens urétraux et de la rétention d'urine pouvait donner lieu. On en rencontre bien plus encore ici, où il ne suffit pas de donner issue au liquide pour amener la cessation des accidens, puisqu'au lieu de deux états morbides seulement, il y en a trois, la coarctation, la rétention et la cystite. Pour prévenir l'accumulation de l'urine dans la vessie, il faut, ou laisser une sonde à demeure, ou introduire l'instrument plusieurs fois par jour. Ces deux modes de traitement, les seuls applicables, entraînent eux-mêmes une irritation, qui contribue, sinon à exaspérer, du moins à entretenir la phlegmasie vésicale, et cependant si on les néglige, la surdistension de la vessie par l'urine ne tarde pas à exercer de nouveau son influence. On conçoit donc que le cas peut devenir fort embarrassant lorsque la phlegmasie a beaucoup

d'intensité. La règle générale est de recourir à la sonde; mais le cathétérisme étant souvent rendu très difficile et très douloureux par le rétrécissement, on se trouve conduit malgré soi à laisser l'urine séjourner plus long-temps et en plus grande quantité qu'il ne le fraudrait, et par suite à accroître l'inflammation.

En se bornant, comme on le fait dans la pratique ordinaire, à l'emploi des saignées générales et locales, des bains prolongés, des cataplasmes émolliens, des lavemens calmans, et pour tout exprimer d'un seul mot à l'application du traitement antiphlogistique, on n'obtient pas les résultats qu'on espère. Il est facile de le comprendre, puisque l'accumulation de l'urine dans la vessie est la principale cause de la cystite, et que par là on ne fait rien qui puisse y remédier. On ne doit donc pas hésiter à joindre aux antiphlogistiques les moyens propres à faciliter l'écoulement de l'urine. Ces moyens varient selon les circonstances; je les ai fait connaître en traitant de la rétention. Ce que je dois ajouter ici, c'est qu'en pareil cas il faut redoubler de soin et de prudence, car la moindre perturbation peut faire prendre beaucoup de gravité à la cystite. Je citerai à l'appui de cette remarque les deux faits suivans, qui se sont offerts à l'hôpital Necker.

Un homme d'une quarantaine d'années éprouva, il y a environ quinze ans, de premières difficultés d'uriner, qui furent attribuées à une gonorrhée mal traitée. Cette gonorrhée persista, sous forme chronique, accompagnée de sensations pénibles, quelquefois de véritables douleurs, surtout au moment de l'érection. Pendant long-temps le malade négligea son état; mais, enfin, une phlegmasie de la vessie étant survenue, l'intensité croissante des symptômes le força de réclamer les secours de la chirurgie. On fit plusieurs tentatives pour introduire une sonde; les douleurs insupportables qui en furent la suite, obligèrent d'y renoncer. Les antiphlo-

gistiques et les calmans n'eurent non plus aucun résultat satisfaisant. Le malade entra alors dans le service des calculeux ; besoins très fréquens d'uriner, efforts prodigieux pour les satisfaire, état muqueux, fétide et puriforme, du liquide rendu, perte de l'appétit et du sommeil, fièvre continuelle, altération de toutes les fonctions, dépérissement rapide. Je m'assurai que l'urètre était considérablement rétréci sous l'arcade pubienne ; mais le malade frémissait quand on lui parlait de sondes ou de bougies. Il fallait cependant recourir à ces instrumens, car la dilatation du canal était urgente, et l'on avait tout à craindre de la surdistension de la vessie. A l'aide de bougies molles, introduites chaque jour, et laissées en place quelques instans seulement, je parvins à diminuer l'irritabilité de l'urètre, ce qui rendit l'émission de l'urine beaucoup plus facile. Tous les accidens diminuèrent progressivement, à mesure que la dilatation des points rétrécis s'opéra. Cependant la guérison ne marchait pas d'une manière aussi prompte et aussi régulière que je l'aurais désiré; il fallait en rechercher la cause. D'abord, je constatai que la vessie ne contenait pas de pierre, bien que le sujet eût présenté la plupart des signes rationnels de cette affection, et qu'elle eût paru probable à plusieurs médecins. La prostate était dure et tuméfiée : la vessie ne se vidait pas complètement. J'eus recours aux injections, et plus tard aux dérivatifs, notamment sur la région hypogastrique. Il y eut de l'amélioration, tous les phénomènes généraux disparurent, et les fonctions se rétablirent. Cependant celles de la vessie ne s'accomplissaient pas encore avec la régularité désirable; de temps en temps des mucosités paraissaient dans l'urine. Mais le séjour de l'hôpital fatiguait le malade, qui sortit, espérant que la guérison s'achèverait par les seuls efforts de la nature. Au bout d'un mois il rentra, éprouvant des cuissons en urinant; la vessie avait de la peine à se vider. On eut recours de nouveau aux injections,

aux bains, aux lavemens émolliens, aux frictions. Le mieux se rétablit, et le sujet partit dans un état très satisfaisant : je ne l'ai plus revu. Ainsi cet homme, chez lequel la simple tentative de passer une sonde faisait naître des accidens, qui avait un catarrhe purulent de vessie, et dont la santé générale paraissait détruite, supporta très bien la dilatation temporaire, se débarrassa de son catarrhe vésical, et recouvra une santé parfaite.

Quelque temps après, il se présenta un de ces cas graves de rétention d'urine, compliquée de catarrhe, dans lesquels les progrès du mal rendent les ressources de l'art insuffisantes. C'était un vieillard, plus que sexagénaire, épuisé par des souffrances vives, continues et fort anciennes. Ce malade avait un rétrécissement de l'urètre tellement avancé que toute tentative pour introduire la plus fine bougie échoua. On avait déjà essayé, quand il entra à l'hôpital, tous les moyens propres à combattre l'irritation et à faciliter l'écoulement de l'urine. La vessie était distendue; elle formait une tumeur considérable dans la cavité abdominale, et l'on craignait ou qu'elle se déchirât, ou qu'elle fût envahie par une inflammation désorganisatrice. Je fis de légères tentatives pour introduire une sonde très déliée; l'instrument pénétrait peu et avec difficulté. Ces tentatives répétées n'eurent point de résultat. Les accidens, au lieu de diminuer, s'exaspéraient de plus en plus: il y avait de la fièvre, et les angoisses étaient extrêmes. Je me déterminai donc à recourir au cathétérisme. J'introduisis une petite sonde métallique. Cette sonde était fortement serrée par l'obstacle, ce qui me fit penser que le rétrécissement était long, ou qu'il y en avait plusieurs. Arrivé à la prostate, je rencontrai de nouvelles difficultés qui furent surmontées avec bonheur; mais cette glande était volumineuse; l'urètre et le col vésical étaient d'ailleurs fort irritables. Craignant que l'état pathologique ne fût exaspéré par le séjour de la sonde, je la retirai après

avoir vidé la vessie. J'étais fondé à croire que je parviendrais de nouveau à vaincre l'obstacle, et que la dilatation s'opérerait peu-à-peu par les introductions réitérées de l'instrument, ce qui a lieu en effet dans beaucoup de cas; mais, quelques heures après le retrait de la sonde, survint une fièvre, qui fut suivie de sueurs et d'envies de vomir: les traits se décomposèrent, les forces s'anéantirent, et le malade succomba. La vessie s'élevait jusqu'à deux pouces de l'ombilic. Elle avait une couleur brune. Cette couleur était surtout prononcée dans un prolongement du sommet de l'organe, formé par du tissu cellulaire infitré et par l'ouraque rompu à un pouce de son extrémité ombilicale. Le viscère contenait environ une pinte d'urine sanguinolente et quelques caillots de sang. Sa surface interne était légèrement rouge, notamment à la partie antérieure, au-dessus de l'orifice de l'urètre, où l'on voyait de petites ulcérations superficielles. Ses parois avaient moins d'épaisseur qu'elles n'en ont ordinairement dans ces cas. L'urètre était fortement rétréci au-dessous de l'arcade pubienne. On eut de la peine à y introduire un très petit stylet, qui ne put pénétrer que d'arrière en avant : le rétrécissement avait plus de trois lignes de long. En avant, le canal n'offrait rien de particulier; mais, en arrière, il y avait un élargissement, où la membrane muqueuse était rouge et un peu épaissie.

Ce fait présente plusieurs circonstances dignes de remarque: l'exaspération subite et rapide de la maladie sans cause appréciable, la marche effrayante des accidens après l'introduction d'une petite sonde à travers l'obstacle, bien que l'instrument n'eût produit aucune lésion de tissu, la rupture de l'ouraque, un épanchement de sang dans l'épaisseur des parois de la vessie, les ulcérations de sa membrane muqueuse, les poches urétrales, etc.; tous ces désordres, conséquences d'une surdistension prolongée, ne pouvaient point être appréciés pendant la vie, et bien qu'on

soupçonne qu'ils puissent exister, le chirurgien demeure à cet égard, pour chaque cas spécial, dans l'incertitude la plus complète. Toutefois, dans celui dont il s'agit ici, et dans tous ceux qui ont de l'analogie avec lui, il y a une indication pressante à remplir, c'est de faire cesser la rétention d'urine. Mais il ne faut se dissimuler ni les difficultés de l'opération, ni les désordres qu'elle pourra provoquer, directement ou indirectement. La ponction de la vessie peut quelquefois être indiquée, surtout quand le chirurgien n'a pas une grande habitude du cathétérisme ; elle fait cesser les accidens de la rétention d'urine, et procure un temps de répit, dont on profite pour employer des moyens en rapport plus immédiat avec la cause du grave état qui met les jours du malade en danger.

Lorsque, par les combinaisons que je viens d'indiquer, on est parvenu à enrayer la marche des accidens, que le cours de l'urine est rétabli, que l'inflammation diminue d'intensité, et qu'elle passe à l'état chronique, les inquiétudes et les embarras disparaissent, et le traitement devient de plus en plus simple. Il suffit de ramener l'urètre à son état normal de souplesse, de dilatabilité et d'élasticité, pour que l'affection catarrhale cesse d'elle-même ; du moins dans l'immense majorité des cas.

Jusqu'ici je n'ai parlé que des rétrécissemens urétraux assez considérables pour fixer d'abord l'attention du praticien, et lui faire éviter toute méprise quant à la cause du catarrhe vésical. Il n'en est pas de même des cas si fréquens où les parois urétrales ont seulement perdu un peu de leur élasticité et de leur souplesse. S'il existe une véritable coarctation organique, elle n'est point assez avancée pour empêcher l'introduction d'une sonde ordinaire, et le malade expulse encore l'urine sous forme de jet. Fort souvent alors, on ne songe point à l'état du canal, et l'on ne voit que l'affection catarrhale de la vessie. J'ai traité, à l'hôpital Necker, un

homme de quarante-six ans, qui souffrait depuis long-temps à la région vésicale; mais les douleurs étaient vagues, profondes, sans caractère déterminé, et les dépôts de l'urine très variables. N'ayant obtenu aucun soulagement des moyens mis en usage par deux de mes confrères, il entra dans le service des calculeux. Je trouvai l'urètre et le col vésical très irritables. Mon premier soin fut de diminuer cette irritabilité par la méthode dont j'ai déjà parlé tant de fois. Le développement d'une orchite, qui se termina par suppuration, obligea d'interrompre l'usage des bougies, à la reprise desquelles je reconnus que, vers la partie profonde de l'urètre, les parois du canal offraient de la dureté et de la résistance. Les bougies n° 10 étaient fortement serrées en cet endroit. Evidemment il existait là un rétrécissement, que l'on n'avait pas reconnu d'abord. J'employai la dilatation temporaire, en procédant avec lenteur. Les symptômes du catarrhe diminuèrent à mesure que l'urètre acquit plus de calibre et de souplesse. Les douleurs en urinant disparurent, et le malade sortit de l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant. Je lui recommandai d'introduire tous les huit jours une bougie n° 11.

Un homme éprouvait, depuis dix ans, un dérangement dans les fonctions de la vessie et surtout des besoins fréquens d'uriner, avec difficulté pour les satisfaire. Durant les six premières années, les symptômes furent peu graves; mais ils augmentèrent ensuite au point d'empêcher le malade de remplir des fonctions pénibles dont il était chargé. Il réclama les soins de plusieurs praticiens, dont les conseils ne lui furent pas utiles. Plus tard, il s'adressa à Dupuytren, qui le reçut dans son service. Après l'avoir sondé, et reconnu que l'urètre était libre, que la vessie ne contenait pas de corps étrangers, le célèbre chirurgien le mit à l'usage de la térébenthine, dont il lui fit prendre jusqu'à six gros par jour. Au bout de deux mois, il y eu un peu d'amélioration, et le

malade sortit de l'hôpital. Quelques semaines après, les accidens du catarrhe reparurent avec plus d'intensité qu'auparavant, et le sujet se fit admettre dans le service de M. Velpeau, qui le soumit à un traitement antiphlogistique, notamment par les sangsues, dont on appliqua plus de six cents au périnée et à l'hypogastre. Ce traitement ne produisit aucun amendement dans les symptômes locaux, et fut suivi d'un dérangement notable de la santé. Le malade me fut alors adressé. Il y avait déjà perte de l'appétit et du sommeil; l'urine contenait beaucoup de matière puriforme. Après quelques jours de repos, j'explorai la vessie; l'urètre était fort irritable, et une sonde ordinaire ne glissait pas aisément, surtout au-dessous des pubis. Mon premier soin fut de diminuer l'irritabilité du canal par l'emploi des bougies molles. La première, du n° 8, passa sans la moindre difficulté; celle du n° 9 fut un peu serrée à la courbure, et celle du n° 10 rapporta une empreinte constatant l'existence d'un rétrécissement organique. Je continuai l'emploi des bougies, mais en procédant avec plus de lenteur, dans l'augmentation de leur volume, que s'il se fût agi d'une simple névralgie. Les premières introductions causèrent un peu de réaction; il y eut même quelques accès de fièvre; l'urètre s'accoutuma ensuite au contact de ces corps, et le malade n'en fut plus incommodé. A mesure que la dilatation de l'urètre avança, l'urine perdit ses caractères morbides, et l'expulsion en devint de plus en plus facile; la santé se rétablit aussi avec promptitude. En passant de la bougie n° 11 à celles du n° 12, dont le volume diffère d'un quart de ligne, il survint de nouveau un peu de réaction et trois accès de fièvre, auxquels on n'opposa que la diète et le repos. D'ailleurs, pendant tout le traitement, qui dura deux mois, il ne fut prescrit que des bains, des lavemens, des boissons abondantes et un régime doux. Aussitôt que j'eus constaté l'état morbide qui déterminait le catarrhe, je tins à m'assurer si la soustraction de cette cause

suffirait pour faire disparaître celui-ci. C'est une épreuve que depuis j'ai répétée un grand nombre de fois, et presque toujours avec le même résultat. Ici, le cas était grave; la maladie datait de dix années; depuis trois ans surtout, elle avait fait des progrès inquiétans, et les divers traitemens mis en usage contre elle l'avaient modifiée, chose très importante à prendre en considération, attendu qu'une maladie vierge est toujours plus facile à guérir. Cependant, il suffit de rétablir la souplesse et le diamètre ordinaire du canal pour obtenir la cessation complète de tous les phénomènes morbides. Avant moi on n'avait pas apprécié l'état de l'urètre, qui était évidemment la cause du catarrhe, puisqu'en le faisant cesser celui-ci a disparu. Je ne l'aurais pas reconnu plus que mes prédécesseurs si je m'étais borné à suivre la coutume, c'est-à-dire à introduire une algalie ordinaire. A la vérité, cette algalie était un peu serrée au-dessous des pubis, et n'y glissait pas avec autant de facilité que dans les autres points; mais, chez les sujets qui ont le canal irritable, la marche des instrumens éprouve souvent une gêne qui tient au resserrement momentané des parois. Des bougies assez grosses pour remplir l'urètre, purent seules mettre en évidence le rétrécissement et l'induration qui étaient la cause du catarrhe. On croit généralement qu'un canal capable de recevoir une algalie ordinaire, doit livrer sans peine passage à l'urine; mais il faut se rappeler qu'alors les parois urétrales ont perdu de leur souplesse, de leur élasticité; la vessie est forcée, pour les écarter, de se contracter avec énergie, ce qui ne tarde pas à la fatiguer, surtout lorsqu'elle n'est pas douée d'une grande puissance contractile.

Un homme, âgé de quarante-quatre ans, éprouvait depuis long-temps, dans les fonctions de la vessie, des désordres qui furent attribués à un catarrhe de cet organe. Pendant trois mois qu'il passa à l'Hôtel-Dieu, on lui administra la térébenthine à très haute dose. N'ayant obtenu aucun ré-

sultat, il se fit admettre à l'hôpital de la Pitié, où le traitement antiphlogistique le plus énergique lui fut administré durant six mois, sans qu'il en résultât non plus de soulagement durable. On crut alors à l'existence de la pierre, et le malade me fut adressé. A la première exploration, je reconnus que l'urètre était sensiblement rétréci, à trois pouces du méat urinaire. Ce rétrécissement n'était pas assez considérable pour empêcher une petite sonde d'arriver dans la vessie ; mais les parois urétrales étaient raides et dures, l'excrétion de l'urine se faisait péniblement, et je crus reconnaître dans cette circonstance la cause du catarrhe contre lequel on avait essayé tant de moyens sans succès. Je ne prescrivis rien à l'intérieur, et me contentai de dilater le rétrécissement. A mesure que l'urètre recouvra sa capacité, sa souplesse, son élasticité, le catarrhe diminua. Comme le rétrécissement était calleux, je procédai avec beaucoup de lenteur à sa dilatation. La guérison fut achevée en deux mois et demi.

On ne saurait aujourd'hui révoquer en doute l'influence que les rétrécissemens commençans de l'urètre, quel qu'en soit le siège, et même la simple induration d'un ou plusieurs points des parois de ce canal, exercent par rapport à la production du catarrhe vésical. Rien n'est plus facile que de s'en convaincre. Il suffit d'introduire une bougie de trois lignes de diamètre. Si le sujet ressent des douleurs vives, si surtout la bougie est arrêtée par un obstacle, ou si, après qu'elle a pénétré à la faveur d'une certaine pression, elle rapporte une empreinte, l'urètre n'est pas dans l'état normal, et c'est à l'y rétablir qu'on doit d'abord s'attacher. A mesure qu'il revient à ses conditions naturelles, le catarrhe diminue, puis disparaît, sans réclamer d'autre traitement. S'il persistait, on serait en droit de soupçonner quelque lésion des reins, de la vessie, ou de la prostate, à la recherche de laquelle il faudrait procéder.

Un homme de soixante-et-dix ans, qui éprouvait depuis longtemps un catarrhe vésical et quelques symptômes propres à faire soupçonner l'existence d'une pierre, fut admis dans le service des calculeux. Avant de procéder à l'exploration de la vessie, il fallut détruire un rétrécissement de l'urètre; mais les moyens employés ne produisirent pas les bons effets qu'on espérait. L'émission de l'urine devint de plus en plus facile, à la vérité, et les dépôts qu'elle contenait diminuèrent d'une manière notable: cependant l'état général, au lieu de s'améliorer, empirait de jour en jour, sans qu'on pût découvrir la cause. Finalement, le malade succomba, un mois après son entrée. L'urètre était presque entièrement guéri. La vessie, légèrement hypertrophiée et phlogosée, présentait trois petites cellules; mais il n'existait ni là, ni dans les uretères, aucune lésion propre à rendre raison des phénomènes morbides. Le rein gauche était hypertrophié, et offrait, à sa face extérieure, une ulcération large et profonde, qui avait détruit une partie de l'organe. Dans la portion restante se trouvaient plusieurs foyers purulens isolés et sans communication avec le bassinet. Par sa partie ulcérée, le rein adhérait à la rate fortement hypertrophiée.

Dans les cas de cette catégorie, la marche de l'affection catarrhale est très lente : il y a des interruptions, des suspensions, quelquefois assez longues. Rarement observe-t-on les exacerbations de la phlegmasie qui sont si fréquentes et si graves quand l'urètre est considérablement rétréci. Jamais je n'ai vu, après avoir rétabli le canal dans son état naturel, le catarrhe prendre un caractère aigu. Les mucosités que l'urine contient varient; mais le plus ordinairement elles sont peu abondantes, incolores, sans odeur, et leur sortie s'accompagne rarement de douleurs. Le catarrhe ne devient sérieux que quand, à force de le négliger, on a laissé aux complications le temps de se manifester.

Ce qui frappe surtout, c'est le rôle que jouent, par rapport au catarrhe vésical, les petits rétrécissemens qu'on rencontre quelquefois à l'orifice externe de l'urètre. J'ai fait voir, dans le premier volume de cet ouvrage, qu'il n'est pas rare de rencontrer, soit au méat même, soit derrière la fosse naviculaire, une petite bride, qui diminue assez le diamètre du canal pour qu'une sonde ou une bougie volumineuse ne puisse pas pénétrer, mais qui n'empêche point d'introduire une petite sonde, de sorte que souvent on ne reconnaît pas cette disposition insolite en pratiquant le cathétérisme. J'ai rencontré beaucoup d'hommes atteints de catarrhe vésical, chez lesquels les premières explorations ne me firent pas reconnaître la cause ; elles indiquaient seulement une grande sensibilité du canal. En appliquant alors le traitement ordinaire des névralgies, j'obtenais d'abord un grand soulagement, mais l'amélioration ne se soutenait pas. Bientôt je remarquai que les bougies supérieures en volume à celles dont je m'étais d'abord servi, étaient serrées à l'orifice externe, au point même de rapporter une empreinte sur la cire ; le passage de ces bougies causait de la douleur, et le bout de la verge devenait rouge. Alors je me décidai à débrider le méat urinaire, par le procédé que j'ai fait connaître ailleurs, et je fus tout surpris de voir le catarrhe cesser après la petite opération. Depuis j'ai eu assez d'autres occasions de vérifier l'exactitude du fait, pour ne plus pouvoir conserver le moindre doute à son égard. D'autres praticiens l'ont également expérimenté. M. Payan, d'Aix, cite un cas dans lequel un catarrhe vésical, précédé de grands désordres dans les fonctions de la vessie, et accompagné de fréquens accès de fièvre, fut guéri par le simple débridement du méat urinaire, après avoir opiniâtrément résisté à de nombreux traitemens. Il y a cependant ici une circonstance qu'on ne doit pas perdre de vue ; c'est que les brides du méat urinaire s'accompagnent presque toujours d'un état névralgique de l'urètre et du col vésical,

qu'il faut nécessairement combattre par les moyens dont j'ai donné l'indication, sans quoi le débridement n'aurait pas de résultat.

§ III. Catarrhe vésical produit par des maladies de la prostate et du col de la vessie.

Le catarrhe qui résulte des maladies de l'urètre est généralement fort simple, peu développé et facile à combattre ; les exceptions sont rares, et j'ai eu soin de les faire connaître. Il n'en est pas ainsi de celui qu'entraînent les lésions du col de la vessie. Nous avons vu que ces lésions elles-mêmes présentent de nombreuses différences, quant à leur nature, à leurs symptômes, à leur marche, à leur gravité, et que trop souvent elles se montrent rebelles aux moyens thérapeutiques, surtout lorsqu'elles ont acquis un grand développement. Elles donnent lieu au catarrhe de deux manières principales : tantôt c'est la phlegmasie du col qui se propage au corps de la vessie; tantôt, et même le plus communément, le catarrhe est la conséquence des difficultés que la maladie du col oppose à l'expulsion de l'urine. Sous ce point de vue donc, le catarrhe dont il s'agit ici a de l'analogie avec celui qui doit naissance aux lésions de l'urètre et à l'atonie de la vessie; seulement il est plus grave. Il a presque toujours une marche lente et plus ou moins insidieuse. Au début surtout, où il ne se montre qu'accidentellement, il affecte une forme très bénigne, dure peu, cesse de lui-même, et reparaît ensuite. Cette état de choses peut se prolonger long-temps, sans que le malade s'en occupe sérieusement. Il a bien remarqué que l'urine est parfois trouble, et qu'elle contient des mucosités, dont le passage à travers l'urètre est même parfois douloureux; mais, comme il a déjà plusieurs fois éprouvé ces effets sans qu'aucun accident en soit résulté, il cherche à se rassurer, et de la sorte laisse presque toujours à la maladie le temps d'ac-

quérir une certaine gravité, avant que les secours de l'art soient réclamés. Quand le praticien est appelé, il voit le malade tout occupé des dépôts que son urine contient, et en général n'ayant pas le moindre soupçon de la lésion principale. Cette particularité se présente d'autant plus souvent que la plupart des lésions de la prostate n'occasionnent pas de douleurs ; elles sont seulement accompagnées d'un trouble de l'excrétion de l'urine, qui n'est même pas assez marqué pour fixer sérieusement l'attention du sujet. Il n'y a qu'un petit nombre de cas exceptionnels, dans lesquels la maladie du col vésical suivant une marche plus aiguë, l'invasion du catarrhe soit rapide et brusque : c'est alors seulement qu'on appelle le praticien au début. Les dépôts de l'urine étant pour lui l'indice d'une phlegmasie de la surface interne de la vessie, il doit se hâter de procéder à l'examen des parties, afin de découvrir la cause de cette inflammation. Mais ici la question est complexe. D'abord, les explorations ne suffisent pas toujours, comme dans l'urètre, pour faire reconnaître les lésions du col vésical. Nous avons vu, en traitant de ces dernières, combien le diagnostic est quelquefois difficile et incertain ; il faut donc que le praticien appelle à son secours toutes les ressources de l'art ; j'ai fait connaître ces ressources et la manière de les appliquer, quand j'ai donné l'histoire des maladies de la prostate et du col vésical. Il reste ensuite à déterminer l'influence que l'état morbide qu'on découvre a exercée sur la production du catarrhe.

Je viens de dire que cet état opère de deux manières. Lorsqu'il est de nature inflammatoire, que la phlegmasie ait son siège spécial dans les conduits prostatiques et les canaux éjaculateurs, qu'elle affecte plus particulièrement la membrane muqueuse qui recouvre la crête urétrale et la partie prostatique de l'urètre, ou qu'elle ait envahi le tissu même de la prostate, ce qui est beaucoup plus rare, elle peut

se propager à l'orifice interne de l'urètre, s'étendre au pourtour de cet orifice, occuper une certaine étendue du trigone vésical, et même, plus tard, envahir toute la surface interne de la vessie. C'est ainsi qu'agit la blennorrhagie. Elle peut contribuer de différentes manières à faire naître le catarrhe, soit par elle-même, lorsque, quittant son siège primitif, elle attaque les parties situées en arrière, sans excepter parfois la vessie; soit par les conséquences des injections astringentes à l'aide desquelles on cherche trop souvent encore à la combattre; et, dans ce dernier cas, la phlegmasie catarrhale ne saurait être attribuée, comme on l'a prétendu, à l'action directe des liquides irritans sur les parois de la vessie, puisque le même phénomène s'observe quelquefois chez les femmes, où les injections sont faites dans le vagin seulement.

Quelle que soit la cause qui agit sur le col vésical, il n'est pas rare de voir se déclarer des catarrhes qui, la plupart du temps, demeurent circonscrits au pourtour du col. Ces catarrhes partiels peuvent durer long-temps sans s'étendre : c'est ce que prouvent diverses autopsies dont j'ai donné les détails. Voici comment on les constate chez les sujets vivans. D'abord, on s'assure que la vessie chasse aisément et complètement l'urine qu'elle contient. A cet effet, on sonde le malade immédiatement après qu'il a uriné, et l'instrument ne fait rien sortir; puis, si l'on injecte de l'eau tiède, ce liquide est repoussé, avec projection, jusqu'à la dernière goutte. De là résulte la preuve que le catarrhe ne tient pas au trop long séjour de l'urine dans son réservoir, et que les contractions de celui-ci ne sont ni pénibles, ni fatigantes pour lui. Une fois qu'on est bien éclairé sur ce point important, il reste à chercher si la phlegmasie siège au voisinage du col vésical ou au corps lui-même. Le moyen d'arriver à cette connaissance est fort simple. Quand le catarrhe occupe toute la surface interne de la vessie, les dépôts muqueux ou puriformes qui le caractérisent sortent avec le liquide pendant

l'action d'uriner. Lorsqu'au contraire la phlegmasie occupe seulement le col vésical, on ne remarque les dépôts que dans les premières et les dernières portions du liquide expulsé, dont le reste est à l'état normal. On peut procéder à cette expérience, soit en examinant le malade au moment où il vide sa vessie, soit en lui recommandant d'épancher son urine dans trois vases placés l'un à côté de l'autre, et de la partager ainsi en trois portions. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que la sortie de matières muqueuses, et surtout puriformes, avec les dernières gouttes d'urine, indique aussi que le catarrhe partiel siège vers le bas-fond de la vessie; mais, alors, si le col est exempt d'inflammation, le premier flot de l'urine n'entraîne pas de dépôt. Il faut savoir aussi que l'expérience doit être faite avant que le catarrhe se soit étendu à une grande partie de la vessie, ce qui ne manque presque jamais d'arriver.

Je passe sous silence d'autres indices tirés de la sensibilité locale dans certaines explorations. Quelques auteurs, Sœmmerring, par exemple, ont attaché trop d'importance à ces indices. Ils ne m'ont jamais paru suffisans pour établir le diagnostic; mais, avec le moyen que je viens d'exposer, on peut faire concourir tout ce qui concerne l'invasion, la marche et les symptômes de la phlegmasie; car rien ne doit être négligé dans ces cas, qui, je le répète, sont quelquefois fort insidieux, et au diagnostic desquels les complications possibles apportent d'ailleurs de grandes difficultés.

La marche des catarrhes partiels fixés au voisinage du col de la vessie et produits par une inflammation préexistante des tissus de cette partie, est subordonnée à celle de la maladie primitive. Mais il arrive quelquefois que le catarrhe persiste, bien que cette dernière ait cessé d'exister. J'ai souvent eu à traiter de ces catarrhes partiels, qui se sont montrés fort opiniâtres, bien que la cause à laquelle ils devaient naissance eût été détruite. L'un d'eux était la conséquence

d'une grave urétrite, qui avait disparu depuis quelques mois, lorsque j'eus à traiter le catarrhe vésical à la suite d'un abcès prostatique qui s'ouvrit dans l'urètre. Un autre de mes malades conserva long-temps un catarrhe partiel de la vessie : à la vérité, comme il n'en était pas incommodé, il ne suivait pas le traitement avec régularité.

Dans quelques cas où des calculs avaient séjourné au col vésical, j'ai vu des catarrhes partiels persister long-temps sous cette forme, et même finir par s'étendre à toute la surface de la vessie. J'ai fait la même remarque après des tentatives hasardées de lithotritie, après des violences exercées sur le col vésical.

Cette espèce de catarrhe survient quelquefois chez les hémorrhoïdaires, ou à la suite d'excès de coït non suspect chez des hommes d'un âge avancé, et souvent aussi sous l'influence de causes qui paraissent sans portée. Il est rare, néanmoins, que sa durée se prolonge beaucoup, alors même qu'au début sa marche a été rapide. Quand il persiste, c'est presque toujours l'effet d'une complication, qu'on doit s'attacher à découvrir et à combattre.

Les moyens à mettre en usage dans ces diverses circonstances varient. Le choix à faire dépend de la cause qui a exercé son action. Quelquefois, il suffit de faire disparaître cette cause pour voir le catarrhe cesser de lui-même, notamment si la phlegmasie est récente et n'a pas encore produit de désordres dans la partie qui s'en trouve atteinte. C'est ce qu'on voit surtout lorsque l'accident dépend du séjour trop prolongé d'une sonde ou de l'arrêt d'un calcul, soit entier, soit fragmenté, dans la partie prostatique de l'urètre.

Quand la phlegmasie catarrhale du col vésical résulte, ou d'une injection irritante dans la vessie, ou de la propagation d'une phlegmasie urétrale aux parties situées derrière le canal, le traitement anti-phlogistique est d'abord indiqué. Il faut insister pendant long-temps sur son emploi ; cepen-

dant si la phlegmasie vésicale persistait, on serait obligé de recourir à la méthode dérivative, et même à la cautérisation transcurrente du col vésical. Je reviendrai sur l'emploi de ce dernier moyen, qu'il me suffit ici d'indiquer.

Dans les cas où l'on pourrait soupçonner l'influence d'une maladie de peau, spécialement dartreuse, ce serait là un motif puissant pour insister sur les dérivatifs externes, même énergiques. C'est alors surtout que les douches sulfureuses, les vésicatoires, les cautères, etc., peuvent devenir utiles.

La maladie ayant été long-temps négligée, ce qui est fréquent, ou maltraitée, ce qui est moins rare encore, il peut survenir des complications qui fassent rentrer le cas dans la catégorie de ceux dont je vais maintenant parler.

Ainsi le catarrhe partiel de la vessie, ayant son siège spécial au voisinage du col, peut dépendre d'une irradiation de la phlegmasie urétrale ou prostatique, indépendamment des troubles que cette phlegmasie apporte dans les fonctions de la vessie. Mais les maladies organiques du col vésical produisent plus souvent le catarrhe en rendant l'excrétion de l'urine difficile, douloureuse, fatigante. C'est de cette manière qu'agissent les tumeurs prostatiques et autres qui ont pour effet de dévier, de déformer la partie profonde de l'urètre, et aussi de faire perdre à cette partie l'élasticité, la souplesse qu'elle possède dans l'état normal. Il est facile, comme je l'ai démontré dans les chapitres précédens, de constater l'existence de ces états morbides du col vésical, bien que l'art soit souvent impuissant à en déterminer la nature et à en fixer les limites. Mais, quant à l'effet qu'ils produisent sur l'excrétion de l'urine, tout observateur sans prévention l'apprécie aisément. Si quelques doutes pouvaient exister, on les ferait disparaître à l'aide de la sonde. En introduisant celle-ci après que le malade a uriné, on voit sortir une certaine quantité de liquide, que le viscère n'avait pu expulser, et cette portion d'urine est plus épaisse, plus

chargée de dépôt, que celle qui avait été rendue spontanément. Toutefois, il y a ici une particularité que je dois noter, et qui suffit pour faire distinguer le cas de ceux d'atonie spéciale de la vessie, dont je m'occuperai plus loin. Lorsque l'urine séjourne parce que le col est resserré et assez dévié pour gêner l'effet des contractions vésicales, elle sort par jet, avec projection, dès qu'on a fait parvenir la sonde jusque dans la vessie, tandis que, chez les sujets atteints d'atonie proprement dite, le liquide n'est point chassé et ne fait pour ainsi dire que tomber. Il importe beaucoup d'avoir égard à cette différence, qu'on néglige pourtant dans la pratique ordinaire.

Presque toujours, quand un obstacle s'oppose à la sortie de l'urine, il y a divers états morbides qui concourent à produire et entretenir le catarrhe, et dont la connaissance est indispensable pour pouvoir le traiter convenablement. Ces états sont la névralgie du col vésical et sa déviation par la tumeur prostatique; une lutte permanente s'établit alors entre le corps de la vessie, qui s'épuise en efforts inutiles, et le col, dont la résistance est trop forte. Nous avons déjà vu qu'un seul d'entre eux suffit pour faire naître le catarrhe. Quand ils se trouvent réunis ensemble, celui-ci est plus grave, il affecte une marche moins régulière, et on a plus de peine à le guérir. L'influence des causes une fois constatée, il faut les attaquer successivement, par l'emploi des moyens que j'ai indiqués en traitant de chacune d'elles. J'ai montré aussi que souvent l'un des états morbides influence l'autre; le traitement est alors plus long et plus difficile; mais il faut insister, car tant qu'on laissera subsister la cause, le catarrhe se montrera rebelle, et si l'on obtient une amélioration, elle ne sera pas durable. On a recours d'abord aux bougies, pour combattre la névralgie, puis à la sonde et aux injections, pour aider la vessie à se débarrasser de son contenu. Quant à la déviation de la partie profonde de l'urètre par la tumeur prostatique,

il est plus difficile d'y remédier; heureusement il suffit, dans beaucoup de cas, de faire cesser la névralgie et de ranimer la contractilité vésicale, pour que l'expulsion de l'urine se fasse avec facilité et que le catarrhe cesse. Il en est ici comme dans les cas de simple difficulté d'uriner; les moyens qu'on emploie ont pour but, moins d'atteindre la lésion organique de la prostate, que de modifier la contractilité du col vésical; ce résultat suffit pour aider la vessie à se débarrasser librement de son contenu, et aussi pour faire disparaître l'affection catarrhale. Toutefois, aux moyens qui viennent d'être indiqués, il est souvent nécessaire d'associer les purgatifs, les dérivatifs, et un traitement médical dont j'ai fait connaître les divers modes d'administration. Quant aux différens moyens proposés pour déprimer, aplatir ou résoudre la tumeur, j'ai prouvé qu'ils n'ont pas l'effet qu'on leur attribue, car, sous le rapport de la prostate, ils ne diminuent point son volume, et sous celui du catarrhe, ils n'ont aucune influence; l'amélioration qu'on obtient se manifeste au bout de quelques jours, de sorte qu'elle ne peut être attribuée qu'au rétablissement temporaire de la faculté d'uriner, à une modification de la sensibilité et de la contractilité locales, une lésion organique étant incapable de disparaître en si peu de temps.

Les catarrhes de vessie qu'on voit apparaître par suite des lésions organiques profondes de la prostate, ne se manifestent généralement qu'à une époque avancée de la maladie; et lorsqu'ils sont arrivés au point d'exiger un traitement spécial, celle-ci est presque toujours au-dessus des ressources de l'art. Les palliatifs seuls peuvent être mis en usage. Ils consistent surtout à faciliter l'écoulement de l'urine, et à calmer l'irritation du col vésical. Je les ai indiqués dans les chapitres précédens. La raison et l'humanité commandent de renoncer à tous les traitemens empiriques, qui ne sauraient avoir aucun résultat favorable, et qui, loin de

là, sont capables de faire prendre à la maladie une marche plus rapide et plus inquiétante, tandis qu'à l'aide d'un traitement fort simple, on obtient le plus communément une amélioration notable. En preuve, je citerai le fait suivant :

Un vieillard était tourmenté depuis longues années par un catarrhe vésical auquel on n'avait opposé que des antiphlogistiques, en sorte qu'il était parvenu peu-à-peu au plus haut degré d'intensité. Lorsque ce malade réclama mes soins, il rendait des urines fétides, épaisses, purulentes et souvent teintes de sang; il avait de loin en loin des hématuries abondantes, et il éprouvait des besoins d'uriner très fréquens, avec douleurs vives pour les satisfaire, perte du sommeil, défaut d'appétit et fièvre intense. Je trouvai l'urètre fort irritable et la prostate tuméfiée, ce qui rendait l'introduction de la sonde difficile, et semblait écarter jusqu'à un certain point l'emploi des injections et des bougies. Cependant j'eus recours à ces dernières, de concert avec les lavemens et suppositoires opiacés. Malgré mes précautions, il survint un engorgement testiculaire, qui finit par résolution, mais obligea de suspendre le traitement. L'urètre perdit de sa sensibilité, l'excrétion de l'urine devint plus facile, puis les lavemens répétés, les bains tièdes, les boissons abondantes, les douches sur le périnée, l'hypogastre et le sacrum, amenèrent peu-à-peu un mieux si prononcé, que le malade put retourner dans son pays, où il a continué de souffrir, mais du moins sans trouver l'existence insupportable. Ici la tuméfaction de la prostate était la principale cause du catarrhe et de l'irritabilité excessive de l'urètre; c'était elle aussi qui empêchait d'agir directement sur la vessie, car il y avait de toute évidence névralgie du col, avec atonie du corps de l'organe, et l'affection catarrhale n'était que la conséquence de ces trois états réunis.

Les plus graves des catarrhes vésicaux, et aussi les plus dignes de fixer l'attention du praticien, sont ceux qui tiennent aux lésions des organes de la génération, compliquées d'une phlegmasie de la partie profonde de l'urètre. Lorsque le catarrhe se déclare, la maladie primitive est déjà ancienne, elle a fait de grands progrès, et les sujets sont généralement très irritables, ou même épuisés, soit par des écarts de régime, soit par l'irrégularité de leur conduite, soit enfin par les progrès du mal. Nous avons vu, en traitant de ces maladies, qu'elles peuvent persister long-temps, et présenter des caractères tellement variables, qu'il devient fort difficile, sinon même impossible, dans certains cas, d'établir un diagnostic rigoureux. Elles finissent presque toujours, quand on les néglige, par entraîner des catarrhes vésicaux extrêmement graves, ayant pour caractères particuliers des douleurs très vives au col vésical, qui se propagent au pubis, au sacrum, à la partie interne et supérieure des cuisses. Les dépôts de l'urine, au lieu d'être muqueux, glaireux, incolores, ou d'une teinte verdâtre, jaunâtre, comme on le voit dans la plupart des catarrhes qui surviennent à la suite des rétrécissemens organiques de l'urètre ou des engorgemens simples de la prostate, sont presque toujours, ou deviennent promptement grumeleux, divisés, grisâtres, blanchâtres, cendrés, avec une apparence purulente. En général, ces dépôts sont moins abondans, toutes choses égales d'ailleurs, que quand ils se composent essentiellement de mucosités. La plupart du temps, le catarrhe est accompagné de désordres généraux considérables, qu'on peut attribuer, il est vrai, à la maladie génératrice, puisqu'ils ne s'observent pas dans beaucoup d'autres cas avancés, où l'affection catarrhale dépend d'une cause différente. Quoi qu'il en soit, ces sortes de catarrhes sont les plus graves et les plus opiniâtres de tous. Ils embarrassent d'autant plus qu'on ne découvre souvent rien, même à l'autopsie, qui puisse les expliquer.

Aussi le praticien est-il réduit à tâtonner, eu égard aux explorations et dans les essais de traitement, à cause des obstacles de tous genres qu'il ne manque presque jamais de rencontrer à chaque pas. Voici comment je procède.

Dans les cas simples, la marche est facile. Lorsque, par l'emploi des moyens que j'ai indiqués précédemment, on est parvenu à déterminer la nature, le siège et les progrès de la maladie primitive, on traite celle-ci sans s'occuper, pour ainsi dire, du catarrhe, qui ensuite disparaît, ou au moins diminue de lui-même, sans qu'on soit obligé de recourir à des traitemens spéciaux. Je suis parvenu fréquemment à guérir ainsi des catarrhes qui avaient été réputés incurables.

Dans les cas plus obscurs ou plus graves, soit qu'on ne parvienne pas à déterminer rigoureusement la maladie primitive, soit que, l'ayant reconnue, on trouve les ressources de l'art insuffisantes, il faut s'abstenir de toutes les suppositions ou hypothèses qui pourraient entraîner à l'application de méthodes purement empiriques; mais l'emploi d'un traitement direct est semé de difficultés.

Les premiers obstacles qu'on rencontre viennent des malades eux-mêmes. L'expérience démontre sans réplique qu'on ne guérit presque jamais ces sortes de catarrhes qu'après avoir modifié les propriétés vitales du point affecté. On ne peut agir sur ce point sans déterminer des douleurs, parfois modérées et passagères, mais quelquefois vives, et même suivies d'exaspération des symptômes locaux ou de réaction générale. Or, il est difficile de faire comprendre à l'homme qui souffre que cette voie doit le conduire à la guérison. Aussi se refuse-t-il fréquemment à l'emploi des bougies et des injections. Ajoutez qu'on a persuadé aux malades qu'ils pourraient guérir par des boissons, des médicamens intérieurs, des topiques; si ces moyens leur procurent de temps en temps quelque soulagement, ce qui n'est pas rare, on a d'autant plus de peine à vaincre leur conviction. D'un

autre côté, le traitement par lequel on peut parvenir à modifier heureusement la vitalité du col vésical, est quelquefois très long, ainsi qu'on l'a vu ailleurs. A l'amélioration obtenue d'abord succède une exaspération passagère, et ces alternatives se reproduisent plusieurs fois. D'où il suit qu'un malade, d'abord plein de zèle, se décourage, et ne suit pas à la rigueur le traitement qu'on lui prescrit. On n'atteint point alors le but, et les choses se retrouvent finalement dans le même état que quand on a commencé.

Indépendamment de la résistance qu'on peut rencontrer de la part des malades, il y a des obstacles qui tiennent à la maladie elle-même, aux progrès qu'elle a déjà faits, aux complications survenues. Nous avons vu, à l'occasion des maladies du col vésical et spécialement de celles qui atteignent les vésicules séminales, les conduits spermatiques et les canaux de la prostate, qu'il est des cas dans lesquels les traitemens les plus rationnels et suivis avec le plus d'exactitude demeurent sans effet, de sorte qu'on est obligé d'abandonner les malades, ou de se livrer à des pratiques excentriques. Dans ces circonstances, le catarrhe vésical, qu'il n'est pas rare d'y observer, se montre rebelle à toutes les ressources de l'art. Le praticien est alors condamné à de stériles efforts, qui ne lui laissent que des regrets, et les malades ne tardent pas à reconnaître qu'ils se sont bercés de chimériques espérances. Je ne connais pas de position plus affreuse pour eux et les personnes qui les entourent. Les besoins d'uriner sont très rapprochés; les douleurs qui accompagnent chaque émission d'une urine bourbeuse, fétide, épaisse, purulente, sont si grandes que le sujet redoute de céder à la nécessité qui le tourmente; il souffre avant d'avoir uriné, pendant et après, et cet état dure quelquefois longtemps.

Le traitement de ces catarrhes varie plus que celui des autres espèces. Outre les moyens dont j'ai parlé en m'oc-

cupant des phlegmasies de la partie profonde de l'urètre et des voies spermatiques, on se trouve conduit par la ténacité du mal à en essayer d'autres; mais ils échouent presque toujours.

Un adulte, de constitution forte, mais épuisée par les douleurs, vint à Paris, en 1839, après avoir long-temps souffert du col vésical et des vésicules séminales. Au moment où je le vis, il était atteint d'un catarrhe intense et qui avait résisté à tous les moyens mis en usage. Une exploration de la vessie me fit connaître que le col de cet organe et l'urètre étaient excessivement irritables, et que la phlegmasie avait surtout son siège au pourtour de l'orifice interne du canal. Une matière muqueuse, puriforme, et souvent striée de sang, sortait avant ou après l'urine. Du reste, la vessie avait perdu une partie de sa capacité : il semblait y avoir plutôt hypertrophie qu'atrophie; les besoins d'uriner étaient très rapprochés, et la douleur pour les satisfaire excessive. Les moyens que j'emploie ordinairement avec succès n'eurent aucun résultat. Plus tard, on établit un séton à l'hypogastre, et l'on administra le baume de Copahu; mais les accidens, au lieu de diminuer, prirent une marche plus rapide. Les fonctions digestives se dérangèrent au point qu'il n'y eut plus moyen de rétablir l'équilibre, et bientôt la mort vint mettre un terme aux souffrances du malheureux malade.

J'ai cité ce fait, tout incomplet qu'il est, parce qu'il prouve qu'à une première visite, même dans un cas grave et compliqué, où la maladie a été dénaturée par des traitemens empiriques, on peut diagnostiquer un catarrhe partiel de la vessie. Il fournit d'ailleurs un exemple de catarrhe grave limité au col vésical, sans lésion appréciable du tissu de la prostate et sans atonie de la vessie. Mais, bien que locale, l'affection n'en provoquait pas moins les symptômes généraux les plus formidables. Enfin elle a présenté une particularité que je dois signaler. Sur les derniers temps de sa vie,

le malade éprouva des douleurs propres à faire croire que les reins étaient attaqués. On voit fréquemment un catarrhe vésical avancé provoquer, à la région rénale, des douleurs qui ne se rattachent pas toujours à une lésion des reins, mais qui contribuent encore à répandre de l'obscurité sur le diagnostic. L'autopsie elle-même ne saurait lever tous les doutes; car, si elle vient à constater quelque lésion des organes sécréteurs de l'urine, il reste encore à savoir si cette lésion a été primitive, ou si elle est seulement survenue par suite du catarrhe, comme il me paraît que c'est le cas ordinaire. Plus d'une fois déjà j'ai exprimé mon opinion que beaucoup de maladies des reins ne sont qu'une conséquence de celles de la vessie ou de l'urètre.

En résumé, qu'il s'agisse d'une simple névralgie du col vésical, d'une inflammation des conduits spermatiques, etc., dès que l'urine commence à devenir catarrhale, que d'ailleurs la matière glaireuse s'y maintienne en suspension ou se réunisse au fond, sous un aspect quelconque, le praticien ne doit pas perdre un instant. Il faut constater et détruire la maladie primitive par les moyens que j'ai fait connaître, sans se préoccuper du catarrhe, qui, je ne puis trop le répéter, cessera ou diminuera ensuite de lui-même, sans qu'on ait besoin de modifier, à cause de lui, le traitement. Mais, quand l'affection catarrhale existe depuis longtemps, qu'elle est devenue purulente, qu'elle a produit l'épaississement, le boursouflement de la membrane muqueuse, on est obligé de recourir à des moyens spéciaux, dont le plus puissant est la cautérisation transcurrente, pratiquée comme je le dirai à la fin de ce chapitre. Il arrive cependant que le catarrhe résiste à l'application de nitrate d'argent. C'est le cas alors de mettre en usage les dérivatifs internes et externes. Les purgatifs salins, à faible dose, mais répétés tous les deux ou trois jours, produisent parfois de bons effets lorsque rien ne s'oppose à leur emploi. Les douches sulfureuses

chaudes sur l'hypogastre, le périnée, la partie interne des cuisses et le sacrum, m'ont souvent réussi. Les frictions avec la pommade stibiée, sur le bas ventre et le sacrum, ne doivent pas non plus être négligées. Enfin, comme il importe de tenir l'urine abondante, le malade doit boire beaucoup. Nous verrons plus loin que des catarrhes fort opiniâtres ont disparu par l'emploi des eaux de Contrexeville et autres, prises sur les lieux mêmes. Je pense que le résultat tient plutôt à la quantité qu'à la qualité des boissons, car j'ai connu des malades qui n'ont été débarrassés du catarrhe que pendant le temps de leur séjour aux eaux, et cet effet a même eu lieu chez quelques-uns sans que la cause proprement dite disparût. Les faits de ce dernier genre ne sont rien moins que rares, en ce qui concerne surtout l'affection calculeuse. J'en ai un sous les yeux en ce moment, et cependant la pierre est si grosse, la santé générale a tant souffert, que toute opération m'a paru jusqu'ici impraticable; le catarrhe vésical qui avait cessé à Contrexeville, a reparu depuis, avec la même intensité que par le passé.

§ IV. Catarrhe vésical produit par des tumeurs fongueuses ou autres dans l'intérieur de la vessie.

Quelle que soit leur nature, les tumeurs qui se développent dans l'intérieur de la vessie, produisent le catarrhe, tout comme celles dont le siège est au col de l'organe, tant parce qu'elles gênent les contractions vésicales, les rendent pénibles, incomplètes, que parce qu'elles sont ordinairement envahies par un état phlegmasique plus ou moins prononcé, qui se propage à la surface interne du viscère. Les catarrhes de cette espèce sont toujours fort graves. Ils ne se manifestent que quand la maladie organique primitive a pris un grand développement. Nous avons vu, en traitant des lésions organiques des parois vésicales, qu'elles peuvent subsister long-temps sans que l'urine passe à l'état morbide,

et aussi sans que l'excrétion en soit sensiblement troublée; mais, que quand elles ont pris de l'accroissement, qu'elles se sont étendues, et qu'elles ont déjà envahi les tissus voisins, les ressources de l'art deviennent de plus en plus incertaines, et un moment arrive où il faut renoncer à tout traitement curatif. Les préceptes que j'ai tracés, dans les chapitres précédens, servent de règle eu égard au catarrhe vésical, qui est la conséquence de la lésion organique, et dont les moyens curatifs ne diffèrent pas de ceux qu'on oppose à cette dernière.

En effet, si la lésion organique peut être détruite, le catarrhe disparaît ensuite de lui-même. Si, au contraire, on ne parvient pas à l'extirper, celui-ci persiste, avec toutes les variations qu'entraînent les différentes phases de la maladie primitive. Les seules indications qu'on puisse espérer de remplir avec quelque succès, en ce qui touche au catarrhe, sont d'entretenir l'urine abondante, d'en faciliter l'expulsion par l'emploi de la sonde, toutes les fois que le cas l'exige, et de faire usage des injections. Ce traitement est celui auquel on a recours dans les maladies que nous avons étudiées précédemment. Il varie surtout en raison de l'état d'atonie ou d'hypertrophie de la vessie. Dans le premier cas, il faut recourir aux injections détersives, tandis que, dans le second, on doit principalement insister sur les sédatifs, en lavemens et en suppositoires.

C'est surtout dans ces cas qu'on voit l'affection catarrhale de la vessie présenter les symptômes les plus alarmans. Tantôt il survient des hématuries abondantes, qui se reproduisent même à des époques très rapprochées; tantôt les dépôts de l'urine sont si épais, si abondans, et le liquide qui les délaie est en si petite quantité, qu'on ne se douterait pas que ce produit vient de la vessie, si on ne le savait d'une manière certaine : l'odeur repoussante qu'il exhale rend insupportable l'habitation des lieux où on le laisse séjourner.

Les tumeurs fongueuses ou autres de l'intérieur de la vessie ne sont pas les seules lésions qui produisent des catarrhes graves, opiniâtres, et même trop souvent au-dessus des ressources de l'art. Les différentes altérations pathologiques qui siègent aux parois vésicales, et dont j'ai donné la description dans les chapitres précédens, peuvent aussi déterminer des effets analogues. Ici, également, le catarrhe dépend d'un obstacle au libre cours de l'urine, d'un germe permanent d'irritation, d'une inflammation qui gagne peu-à-peu en étendue, et qui, d'abord locale, finit par devenir générale. La marche de la phlegmasie est subordonnée à l'état morbide primitif. Ainsi, l'induration, l'épaississement, la dégénérescence d'un point des parois vésicales s'accompagnent de catarrhe à une certaine époque de leur développement. Les vices de conformation, les poches ou cellules vésicales, peuvent aussi entraîner la même conséquence. Mais, la plupart de ces dispositions morbides n'ayant point été jusqu'ici reconnues sur le vivant, nos connaissances, à l'égard du catarrhe qui en dépend, sont très bornées. On comprend, dès-lors, combien il est difficile de rattacher ce dernier à la cause qui le détermine, et cette circonstance n'a pas peu contribué à le faire considérer comme essentiel dans une foule de cas où il n'était réellement que symptomatique. Espérons que les nouveaux moyens d'exploration dont l'expérience a constaté l'efficacité, feront disparaître, du moins en partie, l'obscurité qui couvre ce point important de pratique. Le diagnostic une fois bien établi, la conduite à tenir se rapproche de celle qu'on doit suivre dans les cas de catarrhe dépendant d'un fongus. Il faut attaquer la lésion génératrice de l'affection catarrhale, qui peut disparaître spontanément si l'on parvient à faire cesser la cause qui l'alimente. Mais, qu'on ne se le dissimule pas, le rôle du praticien est plus souvent ici de calmer que de guérir; car nous ne connaissons aucun moyen de résoudre, ni même d'arrêter,

les dégénérescences squirrheuses et carcinomateuses des parois vésicales.

En général, dans les cas de cellules vésicales, le catarrhe montre beaucoup d'opiniâtreté. La phlegmasie est souvent alors plus forte à la surface interne des cellules qu'à celle de la vessie. Elle peut altérer la texture de la membrane muqueuse, et même détruire cette dernière, d'où résulte une perforation, suivie d'épanchement d'urine dans l'abdomen ou ailleurs, phénomène que j'ai observé deux fois, et dont un exemple s'est présenté à l'Hôtel-Dieu, en 1830. On explique sans peine et les désordres qui ont lieu en pareil cas et l'opiniâtreté de la phlegmasie. Les cellules retiennent l'urine et ses dépôts, car elles ne possèdent qu'un très faible pouvoir d'expulsion; il n'en faut pas davantage pour faire naître et entretenir l'inflammation, pour déterminer un catarrhe qui se montre rebelle à tout traitement. Les injections, qui sont un des meilleurs moyens à mettre en usage, présentent une particularité digne d'être notée. Dans les cas ordinaires, lors même que la vessie contient une grande quantité de matière puriforme, si l'on pratique plusieurs injections à la suite l'une de l'autre, le liquide de la première, ou tout au plus de la seconde, est le seul qui sorte trouble. Dans le cas de cellules, au contraire, il conserve encore sa lactescence après plusieurs injections. D'ailleurs, il sort alors lentement et avec des interruptions, surtout lorsqu'on comprime la région hypogastrique, ou qu'on engage le malade à pousser, comme s'il voulait aller à la selle. Cette particularité m'a mis sur la voie du traitement qu'il convient d'employer. Ce serait en vain qu'on tourmenterait le malade en le soumettant à l'emploi des révulsifs, externes ou internes. On ne peut compter que sur les injections à grande eau, poussées avec précaution et répétées coup sur coup, jusqu'à ce que le liquide sorte enfin incolore. Ici l'eau tiède mérite la préférence sur l'eau froide. Non-seulement il faut employer les

injections jusqu'à ce que le catarrhe ait disparu, mais encore on doit ensuite les continuer, afin d'en prévenir la récidive, qui, sans cette précaution, aurait lieu infailliblement. Après avoir essayé plusieurs fois les irrigations, j'y ai renoncé, parce qu'elles fatiguent davantage les malades, sans produire de meilleurs ni de plus prompts effets que les injections.

C'est dans les catarrhes des vessies à cellules qu'on rencontre des flocons muqueux très denses, ayant une apparence d'organisation. La plupart sont aplatis, d'un volume variable; quelques-uns sont très allongés. Les plus petits sont quelquefois expulsés avec l'urine; les autres sont retenus, et l'autopsie les fait découvrir tantôt dans la vessie, tantôt dans les cellules. J'ai trouvé un très grand nombre de ces masses floconneuses dans deux cas où je ne les avais pas soupçonnées. Dans l'un surtout, je regrettai beaucoup de ne pas avoir exploré la vessie au moyen du trilabe, à l'aide duquel j'aurais découvert et extrait ces sortes de corps étrangers, et j'aurais pu sauver le malade. On ne découvrît pas de lésions graves, et les accidens qui avaient éclaté du côté de la vessie pouvaient très bien dépendre de la présence des flocons. Dans un cas analogue, je n'hésiterais pas à recourir aux moyens que je viens d'indiquer, avec d'autant plus de raison que les injections ont peu d'efficacité, et que la sonde ordinaire est impuissante pour faire reconnaître et pour diviser les mucosités concrètes.

§ V. Catarrhe vésical déterminé par des calculs urinaires.

J'ai fait voir, au Traité de l'affection calculeuse, que le catarrhe vésical joue un grand rôle dans l'histoire de cette maladie. Sous son influence, la pierre peut se former, et réciproquement, lorsque celle-ci existe, elle peut déterminer le catarrhe, qui, à son tour, réagit sur la marche et les symptômes de l'affection primordiale. La phlegma-

sie peut même influer sur le choix de la méthode opératoire à mettre en usage. Je me borne à énoncer ces trois propositions, que j'ai amplement développées ailleurs. Ici, je dois placer quelques considérations d'une autre nature.

Le catarrhe qui est la conséquence de l'affection calculeuse, varie suivant que la pierre siège dans les reins, les uretères, la vessie ou l'urètre.

Les calculs rénaux et uretéraux ne le produisent que rarement, et à une époque très avancée de la maladie. Celle-ci étant incurable, le catarrhe qu'elle entraîne résiste à toute la puissance de l'art. Mais, comme il est très difficile, sinon impossible, de reconnaître avec précision l'existence des calculs rénaux et uretéraux, et par conséquent d'être fixé sur la véritable cause de l'affection catarrhale, celle-ci devient une source d'incertitudes pour le praticien, qui se livre à toutes les suggestions de l'empirisme, jusqu'au moment où, le le malade venant à succomber, l'autopsie lui explique pourquoi les moyens qu'il a successivement mis en usage sont demeurés sans effet. Au reste, ici, l'affection catarrhale n'offre rien de spécial ni dans sa marche, ni dans ses symptômes. Elle n'est même pas constante à beaucoup près.

En ce qui concerne les cas de calculs vésicaux, nous possédons des moyens d'assurer le diagnostic. Aujourd'hui surtout on parvient à découvrir jusqu'aux plus petites concrétions que la vessie renferme, et par conséquent à déterminer avec précision si la phlegmasie vésicale tient ou non à la présence de corps étrangers. Aussi le catarrhe qui dépend de cette cause est-il le mieux connu aujourd'hui; on sait qu'il est purement secondaire. D'ailleurs, il varie beaucoup, suivant les caractères physiques de la pierre, qui ont cependant moins de portée qu'on ne le pensait jadis, et suivant les dispositions du malade, qui, sous ce rapport, exercent une bien plus grande influence. En effet, on voit des sujets n'offrir aucune trace de catarrhe vésical, même à la dernière période de

l'affection calculeuse, lorsque la pierre a pris un grand volume, ou qu'il y en a plusieurs, et que la santé générale a déjà reçu de fortes atteintes. D'autres, au contraire, en sont attaqués dès les premiers momens de l'existence du calcul. La marche que suit l'affection catarrhale ne varie pas moins. Tantôt, ce n'est qu'accidentellement, et par crises plus ou moins éloignées, que l'urine entraîne pendant quelques jours des mucosités. Tantôt, au contraire, et surtout lorsque la maladie est ancienne, le liquide se montre habituellement catarrhal. Dans l'un et l'autre cas, la quantité, la couleur, la consistance et la nature du dépôt présentent des différences à l'infini.

Tout corps étranger qui vient à être introduit accidentellement dans la vessie, produit le même effet que la pierre, sous le point de vue du catarrhe, qui, de même, tantôt ne se développe pas, quoique le malade souffre beaucoup en urinant, et tantôt éclate, avec un cortège de symptômes fort graves. Les sondes, laissées trop long-temps à demeure, agissent de la même manière.

La conduite du praticien est nettement tracée. Il faut diriger contre la pierre le traitement qu'elle réclame. Fort souvent ensuite le catarrhe cesse de lui-même. Quelquefois cependant il persiste, malgré la destruction ou l'extraction du calcul. Ce cas est moins rare qu'on ne serait tenté de le penser d'après le silence presque absolu des auteurs, et il exerce, eu égard à la récidive de l'affection calculeuse, une puissante influence sur laquelle j'ai appelé l'attention. L'opiniâtreté qu'il montre chez certains sujets peut tenir à différentes causes. La plupart du temps, elle tient à une atonie de la vessie, qui coexistait avec la pierre, ou qui s'est manifestée depuis que celle-ci a été enlevée. Quelquefois aussi l'affection catarrhale persiste à cause des désordres locaux déterminés, soit par le calcul lui-même, soit par l'opération à l'aide de laquelle on a débarrassé le malade.

A la première catégorie se rapportent le plus grand nombre des altérations organiques de la vessie que j'ai passées précédemment en revue, de sorte qu'alors le catarrhe appartient à quelqu'une des espèces dont j'ai déjà tracé l'histoire. L'autre catégorie comprend les désordres qui peuvent être la conséquence de l'opération, soit par la cystotomie, soit par la lithotritie, et que j'ai fait connaître dans le Parallèle. Le catarrhe peut exiger alors des moyens spéciaux; il mérite surtout beaucoup d'attention; car, comme il se rattache à une lésion quelconque de la vessie, de la prostate, ou de l'urètre, ce ne serait pas sans de graves inconvéniens qu'on le négligerait.

Assez fréquemment, le praticien éprouve de l'embarras. Quand l'opération a été faite par un autre, il n'est pas toujours possible de connaître avec précision la nature et le degré de la violence qui a été exercée; on est réduit pour cela aux renseignemens que transmet le malade et aux données insuffisantes que fournissent les dépôts de l'urine. Aussi plusieurs de ces catarrhes se montrent-ils fort opiniâtres; parfois même on n'en peut obtenir la guérison durable; ils se reproduisent sous l'influence de la moindre cause, et les malades sont fort exposés à la récidive de l'affection calculeuse. Toutefois ce ne sont là que des cas exceptionnels. J'ai reconnu que la majeure partie des catarrhes consécutifs à la cystotomie et à la lithotritie ont lieu par l'effet de l'atonie qui s'empare de la vessie, après l'enlèvement de la pierre, surtout par la taille, qui fait disparaître plus brusquement la cause habituelle de stimulation. J'ai démontré, dans le Parallèle, que cette circonstance n'est pas à l'avantage de la cystotomie, et qu'on guérit plus sûrement l'affection calculeuse par la lithotritie. Il y en a une autre encore qui joue ici un rôle important, c'est la cicatrisation incomplète de l'incision faite au col de la vessie. Parmi les faits nombreux qui se sont offerts à moi, je citerai le suivant :

Un habitant de la Louisiane avait été taillé deux fois. A la première opération, un fragment de pierre échappa aux recherches, et devint le noyau d'un second calcul. Après la seconde, les douleurs persistèrent, bien qu'à un faible degré. Mais bientôt elles prirent de l'intensité ; les besoins d'uriner étaient très rapprochés ; l'urine rendue était muqueuse et puriforme ; souvent le malade ne parvenait à en expulser quelques gouttes que par des efforts considérables et avec des douleurs atroces : l'urètre était fort irritable ; ses parois paraissaient raides. Le passage d'une bougie fut douloureux, et la première exploration au moyen de la sonde ne put être faite qu'incomplètement. Au bout de quelques jours, il survint un engorgement testiculaire, qui fit ajourner l'emploi des bougies. Dès que le gonflement eut disparu, je préparai l'urètre à recevoir une sonde, dans le double but d'explorer la vessie, et, s'il n'y avait pas de pierre, de pouvoir faire des injections, afin de ranimer la contractilité du viscère. Bientôt je pus m'assurer qu'il n'y avait pas de calcul, mais que le col vésical, quoique très évasé, et l'urètre étaient le siège d'une névralgie intense, par suite de laquelle la vessie ne pouvait pas se débarrasser de l'urine. Les bougies et les injections produisirent tout l'effet que j'attendais d'elles ; à peine fut-il nécessaire de recourir aux douches et aux frictions dérivatives. Le malade, qui était venu en France pour se faire lithotritier, croyant avoir une troisième pierre, fut débarrassé de ses souffrances sans opération et par un traitement fort simple.

§ VI. Catarrhe vésical produit par l'excès ou le défaut de contractilité des parois vésicales.

J'ai longuement traité, dans des chapitres précédens, de deux séries d'états opposés de la vessie, connus sous les noms, l'un d'hypertrophie des parois, avec diminution de la capacité du viscère, l'autre d'atrophie des parois, avec aug-

mentation de la capacité intérieure. Indépendamment des troubles fonctionnels que ces états de la vessie entraînent, il n'est pas rare de leur voir produire le catarrhe vésical.

A. *Catarrhe vésical avec hypertrophie des parois du viscère.* J'ai vu un grand nombre de catarrhes vésicaux qui se rattachaient à cet état morbide de la vessie. Mais, comme je l'ai dit précédemment, il y a une distinction importante à établir. Au moment où le malade se présente, l'épaississement des parois vésicales et le racornissement du viscère sont tantôt la conséquence, tantôt la cause de l'affection catarrhale. C'est surtout par l'exposé que le sujet fait de la manière dont il urinait avant que cette dernière se déclarât, qu'on parvient à établir cette importante distinction. Quant à la marche qu'on doit suivre dans l'examen, et à l'appréciation des circonstances propres à jeter du jour sur le diagnostic, je renvoie à ce que j'ai dit en parlant de la stagnation et de la rétention d'urine. Ce qu'il importe surtout de bien faire ressortir ici, c'est que les deux états opposés de la vessie peuvent coexister avec le catarrhe.

Un adulte, d'une constitution sèche et très irritable, fut adonné pendant long-temps à la masturbation, après quoi il fit quelques excès de coït et de liqueurs fortes. Depuis plusieurs années il éprouvait des besoins fréquens d'uriner et des douleurs dans les parties génitales ; on se borna à prescrire des adoucissans. Mais les symptômes augmentèrent au point que le malade, ne pouvant plus travailler, vint me consulter en août 1839. Je trouvai l'urètre et le col vésical fort irritables ; la vessie, racornie, chassait l'urine toutes les demi-heures, mais avec douleur ; les nuits étaient sans sommeil, et les souffrances locales avaient réagi sur la santé, au point de produire l'amaigrissement et la perte des forces, quoique l'appétit fût assez bien conservé ; la marche était pénible ; le malade avait de la peine à se redresser complètement. L'usage des bougies, pendant une

dizaine de jours, diminua la sensibilité de l'urètre, moins toutefois qu'il n'a coutume de le faire. Les besoins d'uriner étaient toujours très rapprochés; l'urine était chargée, fétide, brûlante. La phlegmasie vésicale se communiqua au rectum : pendant plusieurs jours, le malade rendit avec douleurs des mucosités épaisses, mêlées aux excrémens, qui s'en montraient recouverts, quand ils étaient durs et moulés. Au premier moment de calme qui fut obtenu, je procédai à une exploration de la vessie et de l'anus ; le lobe latéral gauche de la prostate était tuméfié et fort dur; il ne faisait saillie ni dans le rectum, ni dans l'urètre ; mais il proéminait dans la vessie, dont la capacité était considérablement diminuée, et la sensibilité telle, qu'il me parut prudent d'ajourner une exploration plus complète. La petite quantité d'urine que la sonde évacua était plus épaisse, plus chargée, que celle qui sortait naturellement. J'eus recours à quelques injections avec de l'eau tiède, en ayant soin de n'introduire qu'une petite quantité de liquide à-la-fois. Les premières injections produisirent un soulagement inespéré, mais qui ne se soutint pas, et ce ne fut que par un traitement analogue à celui dont j'ai posé les bases en parlant du racornissement de la vessie, que je parvins à rendre la vie du malade supportable, seul résultat qu'il me fût permis d'espérer, car il s'agissait d'un cas grave, dans lequel les ressources de l'art sont très bornées.

Dans ces catarrhes avec hypertrophie et racornissement de la vessie, les symptômes sont quelquefois intenses, la marche rapide, le traitement embarrassant, et même infidèle. On observe, en effet, des besoins d'uriner très rapprochés, et l'excrétion de quelques gouttes d'urine s'accompagne des plus vives angoisses. La moindre exaspération peut faire passer la phlegmasie à l'état aigu, et le malade succombe dans des tourmens inexprimables. Si l'état chronique persiste, les douleurs ont moins d'acuité; mais elles sont presque

continues, et les principales fonctions de l'économie en éprouvent un dérangement sensible. En ce qui regarde le traitement, on est réduit à l'emploi des calmans et des antiphlogistiques. Or, nous avons vu, en parlant du racornissement de la vessie, combien l'action de ces moyens est limitée, alors même qu'il n'y a pas de phlegmasie. Avec cette dernière complication, ils sont moins efficaces encore, et ils ne produisent aucun effet lorsque l'état est grave.

B. *Catarrhe vésical avec atonie et paralysie incomplète du viscère.* Plus de la moitié des catarrhes de la vessie sont la conséquence immédiate de l'atonie, de la faiblesse du viscère, qui ne se débarrasse alors que péniblement et incomplètement de l'urine qu'il contient. Par suite de cet état, le catarrhe semble se déclarer de deux manières.

D'abord, le travail pénible de la vessie pour l'expulsion de l'urine se répète plusieurs fois chaque jour, et chaque fois il dure d'autant plus long-temps que l'atonie est plus considérable. Sous son influence, une phlegmasie de la membrane muqueuse survient, et il y a dès-lors catarrhe. Ce qui prouve que les choses se passent réellement ainsi, c'est qu'il suffit de rendre le travail de la vessie moins fatigant pour voir cesser l'affection catarrhale, épreuve que j'ai souvent faite, et que chacun peut répéter.

En second lieu, l'altération de l'urine n'est pas non plus sans portée. Nous avons vu que, dans l'atonie de la vessie, ce liquide n'était point expulsé en totalité à chaque contraction. La portion qui reste dans le bas-fond du viscère, devient une cause de phlegmasie, soit parce qu'elle finit par s'altérer et acquérir des propriétés irritantes, soit parce qu'elle se charge en général de dépôts très abondans. Ce qui le démontre, c'est que, quand on aide la vessie à se débarrasser de son contenu, et qu'on entraîne les dépôts par des injections, le catarrhe disparaît bientôt.

Peut-être l'atonie de la vessie et le séjour forcé de l'urine, qui en est la conséquence, concourent-ils encore autrement à faire naître le catarrhe vésical ; mais les deux modes dont je viens de parler sont assurément les plus ordinaires et les plus efficaces.

J'ai démontré, dans l'un des chapitres précédens, combien l'atonie de la vessie est commune à tous les âges, soit par suite d'une prédisposition primitive, soit par l'influence d'une cause passagère ou accidentelle, lors même qu'il n'existe aucune lésion organique, aucun état morbide, contribuant à rendre la stagnation de l'urine plus opiniâtre. Les rétrécissemens de l'urètre, les tuméfactions de la prostate, les fongus, les différentes lésions des parois vésicales, soit qu'ils gênent seulement le passage du liquide, soit qu'ils enraient les contractions de la vessie, produisent le même effet que l'atonie du viscère, et si celle-ci existe déjà, il y a deux causes de catarrhe à-la-fois, au lieu d'une. Ainsi, que l'atonie vésicale soit primitive ou consécutive, elle précède le catarrhe dans le plus grand nombre des cas ; souvent elle suffit pour le produire et l'entretenir.

Je ne pourrais, sans m'exposer à des répétitions fastidieuses, reproduire ici, même en abrégé, l'énumération de toutes les causes qui sont capables de rendre l'excrétion de l'urine difficile, pénible, fatigante. Je n'ai d'ailleurs à m'occuper présentement que de l'affection catarrhale qui en est la conséquence.

Dans ces divers cas, le catarrhe marche d'une manière très lente à son début ; ce n'est que de loin en loin, parfois sous l'influence de causes passagères appréciables, quelquefois aussi sans cause manifeste, qu'on voit apparaître dans l'urine des stries de mucosités, ou des flocons nageans. Les sensations du malade n'ont pas subi de changement. Il ne s'aperçoit souvent pas que son urine contient un dépôt, si ce n'est par hasard, ou quand les personnes qui l'entourent l'en

avertissent. Ainsi, le plus communément, rien d'extraordinaire dans l'émission de l'urine, point de gêne, point de douleur, par le fait de ces mucosités peu abondantes. D'où il suit que l'état de choses peut durer long-temps, et qu'en général le chirurgien n'est consulté qu'à une époque où la phlegmasie a fait de grands progrès, où les mucosités, devenues épaisses, abondantes et filantes, déterminent des cuissons en traversant l'urètre, où même elles ont pris un aspect purulent. Alors on trouve réunis les symptômes du catarrhe et ceux de la paralysie incomplète de la vessie. Aux accidens locaux s'en joignent d'autres généraux, presque toujours graves; la santé est fortement atteinte, la faiblesse est considérable, et les fonctions digestives surtout éprouvent un trouble très marqué.

Jusqu'ici on n'a rien ou presque rien fait pour distinguer cette espèce si fréquente et si grave de catarrhe vésical, et cependant il est facile d'arriver à un diagnostic rigoureux. J'ai dit qu'en pareil cas les contractions de la vessie étaient pénibles, fatigantes, et que néanmoins elles ne suffisaient pas pour chasser toute l'urine contenue dans le viscère; j'ai aussi indiqué les moyens propres à déterminer les divers états morbides qui concourent à produire cet effet. Ainsi, quand on est appelé auprès d'un malade atteint de catarrhe, la première chose à faire, dès qu'on a pris connaissance de ses sensations antérieures et présentes, et de la nature de ses urines, c'est d'introduire une sonde dans la vessie, immédiatement après qu'il a uriné. Si l'on voit sortir par la sonde une certaine quantité d'urine, plus épaisse, plus chargée, que celle qui est rendue naturellement, on acquiert la certitude que la vessie est frappée d'atonie, et que le liquide séjourne dans son bas-fond. Indépendamment de ces deux données, la sonde en fournit d'autres non moins importantes. Elle fait reconnaître s'il y a un rétrécissement de l'urètre, un état névralgique de ce canal ou du col de la vessie, une tuméfaction

de la prostate, ou toute autre lésion du col vésical. Elle apprend aussi jusqu'à un certain point s'il existe, dans l'organe, soit des colonnes charnues saillantes, soit des tumeurs ou un corps étranger. Ainsi, par le cathétérisme explorateur, qu'on peut répéter au besoin, ou modifier suivant le cas, non-seulement on constate la cause principale du catarrhe, mais encore on détermine les états morbides concomitans. J'ajouterai que c'est exclusivement par les explorations exécutées avec toutes les précautions sur lesquelles tant de fois déjà j'ai insisté, qu'on peut arriver à établir parfaitement le diagnostic. Comment se fait-il donc qu'à peine soient-elles indiquées en passant dans les livres, et qu'on les néglige si généralement dans la pratique, ou que du moins on les y exécute d'une manière si défectueuse? La conséquence nécessaire, c'est que le traitement de cette espèce de catarrhe se trouve livrée à toutes les chances de l'empirisme. Je l'ai démontré dans un mémoire communiqué en 1829 à l'Académie des sciences, et dont la plupart des journaux de l'époque ont publié l'extrait.

Dans le catarrhe avec atonie de la vessie, maladie si fréquente, et en général si grave quand on la traite d'après les méthodes empiriques conseillées par les auteurs, la marche du praticien devient ordinairement simple et facile, dès qu'il s'est bien assuré du véritable état des choses. Lorsqu'il n'y a pas de lésions organiques, les moyens, pour l'exposition desquels je renvoie à l'un des chapitres précédens, suffisent, alors même que les dépôts de l'urine sont abondans et puriformes. L'atonie de la vessie est-elle accompagnée d'un état névralgique du col de l'organe et de l'urètre; c'est par l'emploi des bougies molles qu'il faut commencer; huit ou dix introductions, qu'on répète tous les jours ou tous les deux jours, préparent le canal à recevoir les sondes, qui faciliteront l'écoulement de l'urine, en permettant de faire les injections. Si la vessie est très irritable et le

catarrhe fort avancé, il faut se servir d'abord d'eau tiède, en introduire une petite quantité chaque fois, et rapprocher ou éloigner les injections, suivant la réaction qu'elles provoquent. Les premières suscitent quelquefois un peu de malaise, et même un léger mouvement fébrile. Quand elles ne produisent pas cet effet, on peut recommencer dès le lendemain, accroître la quantité de l'eau, et en abaisser peu-à-peu la température, jusqu'à ce qu'on n'emploie plus que de l'eau froide à la cinquième injection. Ce premier traitement procure déjà une amélioration notable, les dépôts de l'urine diminuent, et l'excrétion du liquide devient plus facile, moins douloureuse. Au bout de huit à dix jours, on commence à faire deux injections coup sur coup; on peut laisser dans la vessie la moitié ou même la totalité de la seconde, que le malade rend ensuite de lui-même. Plus tard, on en fait trois, quatre et même cinq l'une derrière l'autre, toujours en laissant le liquide de la dernière dans l'organe.

Par ce seul traitement, j'ai guéri un grand nombre de catarrhes qu'on avait jugés incurables. Cependant il n'est pas rare d'en trouver qui résistent aux bougies et aux injections. Cet effet tient tantôt aux progrès de la phlegmasie et aux désordres qu'elle a déterminés dans la structure de la membrane muqueuse vésicale, tantôt, et même le plus communément, aux complications du catarrhe. L'une des plus fréquentes de ces complications est celle des affections du rectum, soit que le malade rende aussi des mucosités par l'anus, soit que l'intestin, également frappé d'atonie, retienne trop long-temps les matières fécales. L'influence de ces états sur la vessie est très grande, ainsi que j'en ai fait plusieurs fois la remarque. On a vu qu'un grand nombre de difficultés d'uriner cèdent à l'emploi des lavemens. Il en est de même des catarrhes de vessie; j'en ai guéri plusieurs en régularisant les fonctions du canal digestif. Je ne saurais donc trop recommander de surveiller l'état du gros intestin;

les moyens à mettre en usage sont connus, mais en général on n'insiste pas assez sur leur emploi.

Malheureusement il n'est pas rare que l'atonie de la vessie, compliquée de constipation, coïncide avec un état névralgique très prononcé du col vésical, à tel point que l'on ne peut recourir à la sonde et aux injections, si nécessaires en pareil cas, ou que du moins leur usage entraîne tant de malaise et de souffrances, que les malades éprouvent de la répugnance à s'y soumettre. Alors il faut sans hésiter recourir aux préparations opiacées, dussent-elles augmenter temporairement la paresse de la vessie et du rectum. Voici comment je me comporte dans cette circonstance.

On prépare des quarts de lavement avec une décoction de graine de lin et une tête de pavot; puis, au moment de les faire prendre, on y ajoute une petite cuillerée d'huile d'amandes douces, et parfois trois à quatre gouttes de laudanum de Rousseau. Chez les sujets irritables, où le catarrhe vésical est accompagné de fortes douleurs, les opiacés par le rectum ont beaucoup d'utilité, non qu'ils exercent une influence curative, mais parce qu'ils facilitent l'emploi d'autres moyens. Toutefois il ne faut pas abuser de ces préparations, qui ont l'inconvénient de provoquer la constipation, déjà trop fréquente, et toujours si défavorable, qu'on ne doit rien épargner pour la combattre et la prévenir.

Lorsque les fonctions digestives ne laissent rien à désirer, et que cependant le catarrhe vésical résiste à l'emploi des injections, il faut recourir aux explorations, afin de reconnaître s'il existe ou non, dans l'intérieur ou au col de la vessie, des lésions propres à entretenir la phegmasie. Si l'on en découvre quelque une, on se comporte comme je l'ai dit précédemment, sans s'occuper, pour ainsi dire, du catarrhe, qui le plus souvent alors n'est qu'un épiphénomène, une conséquence. Je dis le plus souvent, car parfois, ce qui doit s'entendre surtout du boursouflement, de l'épaississement de

la membrane muqueuse, du développement anormal des vaisseaux sanguins, etc., la lésion organique est elle-même le résultat de la phlegmasie. Ce dernier cas présente toujours d'autant plus de gravité qu'il est généralement difficile ou même impossible d'établir un diagnostic rigoureux. En effet, on conçoit qu'il faut un toucher très exercé pour distinguer, avec l'intermédiaire d'un instrument, que les parois vésicales ont moins de souplesse, ou que des prolongemens filandreux, s'élèvent de sa surface interne. L'état villeux, floconneux et comme velouté, de cette dernière, qu'il n'est pas rare de rencontrer en pareille circonstance, peut être reconnu avec plus de précision. Quant au développement anormal des vaisseaux, la facilité avec laquelle la surface interne de la vessie saigne au moindre frottement, met souvent en demeure de le soupçonner, principalement chez les vieillards.

Il ne sera pas inutile de présenter quelques remarques à l'égard de cette particularité.

Nous avons vu qu'une exhalation considérable de sang a lieu souvent, sans cause déterminante appréciable, dans les cas de fongus, de tumeurs prostatiques, et de plusieurs autres états morbides du col et du corps de la vessie. Le même phénomène peut coïncider avec le catarrhe. J'en ai observé un grand nombre d'exemples, dont deux tous récens, que je vais rapporter.

L'un concerne un adulte livré avec ardeur à des travaux fatigans, qui éprouva, il y a quelques années, les premiers symptômes du catarrhe vésical. Les antiphlogistiques procurèrent une amélioration qui ne se soutint pas. Au moment où le malade s'y attendait le moins, il fut pris d'un pissement de sang assez copieux pour donner des inquiétudes. Malgré tout ce qu'on put faire, l'urine continua d'être sanguinolente et catarrhale. On soupçonna l'existence d'un calcul, et le malade vint réclamer mes soins. Je ne trouvai pas de pierre;

l'urètre et le col vésical étaient fort irritables, la vessie ne se vidait pas complètement. J'appliquai le traitement ordinaire des névralgies et de l'atonie vésicales; mais ce ne fut qu'après plusieurs semaines d'emploi journalier des injections que le sang disparut, et avec lui les dépôts muqueux de l'urine.

L'autre malade était un homme plus que sexagénaire, qui ne s'était jamais plaint d'aucune indisposition du côté des voies urinaires, lorsque, il y a deux ans, à la suite d'un coït dans la position verticale, il rendit une assez grande quantité de sang avec l'urine. Plusieurs fois ensuite, la même cause donna lieu au même phénomène, dont le sujet fut très fatigué, parce que la quantité de sang augmentait de plus en plus; l'urine contenait en même temps des matières muqueuses abondantes, très filandreuses, et quelquefois assez épaisses pour ne pouvoir sortir qu'avec difficulté. Du reste, à l'exception de la faiblesse générale, qui faisait d'incessans progrès, le malade n'éprouvait pas de douleurs vives. On employa divers moyens du ressort de la médecine; mais ils n'eurent aucun succès. A la suite d'un travail opiniâtre de peinture, il se déclara un nouvel accès d'hématurie, qui persista pendant plusieurs jours, et amena une faiblesse extrême. Ce fut alors qu'on me consulta. L'urètre était libre, et la prostate dans l'état normal; on découvrait un boursouflement muqueux au col de la vessie, et le viscère se vidait incomplètement de son contenu. Les injections, continuées pendant long-temps, amenèrent du soulagement; mais, de temps en temps, l'urine contenait encore du mucus sanguinolent. J'eus recours à des cautérisations transcurrentes sur le col vésical : à la quatrième, l'urine reprit ses caractères naturels.

Dans ces divers cas de catarrhe précédé ou accompagné d'exhalation de sang à la face interne de la vessie, il faut s'attendre à trouver le mal opiniâtre et très sujet à récidiver. Le mélange du sang et des mucosités donne aux dépôts de

l'urine, outre une couleur anormale, une consistance qui met plus ou moins d'obstacle à leur sortie par l'urètre, et oblige de recourir pendant long-temps aux injections à grande eau. De légères applications du caustique sur l'orifice interne de l'urètre, m'ont assez bien réussi.

Lorsqu'on se croit fondé à soupçonner l'existence d'une de ces dispositions, il faut insister long-temps sur l'emploi des injections, et ne pas se borner à celles d'eau froide, car les liqueurs styptiques peuvent être ici d'une grande utilité. Mais, la plupart du temps, on ne procure point une guérison complète; si l'on obtient de l'amélioration, elle ne dure pas, et de temps en temps le catarrhe reparaît avec toute son intensité première. A la vérité, ces exacerbations durent peu; mais elles suffisent pour démoraliser le malade et inquiéter le praticien.

C'est dans ces cas principalement qu'on a essayé divers moyens empiriques propres à modifier la sécrétion rénale, à stimuler les parois de la vessie, à produire une secousse générale, en un mot à exercer une influence perturbatrice ou dérivative. Mais les indications étant fort vagues, c'est le hasard à-peu-près seul qui a conduit les praticiens. Cependant, comme on avait obtenu quelques succès, on a proclamé ces moyens; puis l'on a voulu ériger en méthodes de traitement des applications qu'il n'était possible de soumettre à aucune règle précise, puisqu'on ne pouvait dire au juste ni contre quel état morbide, ni comment elles avaient agi. Je ne citerai ici qu'un seul cas, pris sans choix parmi beaucoup d'autres.

Un homme de quarante-cinq ans, d'une constitution robuste, menant une vie fort active, et évitant avec soin tous les excès, commença, il y a environ cinq années, à éprouver des besoins fréquens d'uriner, qu'il ne pouvait satisfaire qu'avec un peu de gêne. Déjà depuis quelque temps, il ressentait de vives démangeaisons à la partie interne des bras

et des cuisses, ainsi qu'au pourtour de l'anus. Ces démangeaisons disparurent subitement à la manifestation des premiers désordres dans les fonctions de la vessie. Le malade fit d'abord peu d'attention à la dysurie dont il était atteint; mais, comme elle augmenta, il réclama les secours de l'art. On crut à un rétrécissement de l'urètre, et pendant près d'un an on introduisit des sondes ou des bougies, qui ne produisirent aucun soulagement. Ce fut alors que le malade vint me consulter. Je reconnus que la vessie était grande, mais paresseuse, qu'elle ne se vidait que du trop-plein de l'urine, et que son col avait une grande irritabilité. Du reste, je ne découvris rien d'anormal dans l'urètre, la prostate avait son volume ordinaire, les selles étaient faciles, toutes les fonctions semblaient s'accomplir d'une manière régulière, quoique l'embonpoint et les forces eussent diminué. A différentes reprises, les urines avaient été sanguinolentes; cette particularité me frappa; comme il n'y avait ni pierre, ni fongus pour en rendre raison, l'ancienneté du catarrhe me fit craindre qu'elle ne dépendît d'un développement anormal du réseau capillaire de la vessie; mais ce n'était là qu'une conjecture. Les explorations avec la sonde n'indiquèrent rien qui pût faire croire soit à un ramollissement de la tunique muqueuse, soit à la présence des expansions membraniformes qu'on observe quelquefois. Du reste, les dépôts de l'urine n'avaient jamais été fort abondans; au moment où je vis le malade, ils étaient puriformes, et le liquide exhalait une odeur repoussante. Je m'occupai d'abord de rétablir la contractilité de la vessie. Pendant un mois, je fis chaque jour des injections, d'abord tièdes, et ensuite froides. Les premières produisirent de très bons effets, qui ne durèrent pas. Les occupations du malade ne lui permettant pas de rester à Paris, je lui conseillai de continuer les injections, en y joignant des lavemens, des bains de siège, des boissons abondantes, un régime doux, et le soin de se garantir des

vicissitudes atmosphériques, qui, plus d'une fois déjà, avaient agi d'une manière fâcheuse sur lui. Les précautions qu'on prit ne garantirent point des accidens. Il survint, en premier lieu, un engorgement testiculaire considérable, qui devait sans doute être attribué en grande partie au peu de ménagement avec lequel le malade introduisait la sonde, mais qui pouvait fort bien aussi tenir à ce que la phlegmasie vésicale s'était propagée aux organes spermatiques. Cette orchite dura plusieurs mois, accompagnée de fièvre continue et d'augmentation du catarrhe vésical. Pendant tout ce temps, les besoins d'uriner furent très rapprochés, et la difficulté de les satisfaire extrême. La santé générale s'en ressentit beaucoup. Toutefois la résolution survint; elle fut suivie d'une diminution des symptômes du catarrhe, et le malade finit par se retrouver dans le même état qu'auparavant. Il revint à Paris. Je trouvai le dépôt de l'urine épais, grumeleux et fort abondant. Le liquide était d'un jaune foncé et très fétide, la vessie toujours paresseuse, son col toujours irritable; il était resté une grande sensibilité dans le testicule et le cordon spermatique du côté droit. Je repris les injections, qui furent continuées pendant quinze jours. Le malade s'en trouva encore bien cette fois, et d'autant mieux même, qu'au moyen des précautions que je prenais pour introduire la sonde, elle causait moins de douleurs en traversant l'urètre. Je pratiquai ensuite quelques cautérisations transcurrentes à l'orifice interne et à la portion prostatique du canal. La première, bien que fort légère, suscita trois accès de fièvre, beaucoup d'agitation, et l'exaspération du catarrhe; pendant plusieurs jours, l'urine coula teinte de sang. Lorsque ces accidens furent calmés, je fis une nouvelle cautérisation, en procédant de la même manière. Cette fois, la réaction fut moins vive. Dix jours après, une troisième cautérisation fatigua bien moins encore le malade. Évidemment la sensibilité du col vésical et de la partie profonde de l'u-

rètre avait diminué, et ce résultat était d'un bon augure. Il y eut en tout six cautérisations. Je fus obligé de m'arrêter, et aussi de rendre les injections moins fréquentes, dans la crainte de voir récidiver l'orchite, les cordons testiculaires étant devenus fort sensibles. Alors je commençai les douches sulfureuses, que l'on continua tous les deux jours, à la température de trente-six degrés. Le malade éprouva d'abord de bons effets. L'urine ne déposait plus, elle n'exhalait pas d'odeur fétide, et l'expulsion en était assez facile, si ce n'est pendant la nuit, où le malade était obligé de pousser pour la faire sortir, ce qui annonçait qu'il y avait encore un peu d'atonie dans le corps de l'organe et trop de contractilité dans son col. Cette circonstance indiquait la nécessité de revenir aux injections, qui n'eurent cependant pas autant de succès qu'on aurait pu l'espérer. Je les rendis plus énergiques. D'abord j'eus recours, mais en vain, à la décoction de suie. Pendant l'emploi de ce liquide survinrent d'assez vives douleurs dans la région lombaire et le long des uretères, qui cédèrent aux purgatifs. J'employai ensuite une dissolution d'un grain de nitrate d'argent dans quatre onces d'eau distillée. La première de ces injections exaspéra sensiblement le catarrhe; mais bientôt le calme se rétablit, il y eut un mieux sensible, l'urine s'éclaircit de nouveau, et l'expulsion en devint de plus en plus facile. Depuis huit mois, je n'ai plus entendu parler du malade, et tout me porte à croire que son état s'est notablement amélioré, si même la guérison n'a été complète.

Je me suis étendu sur les détails de ce cas, parce qu'il s'agissait d'un catarrhe vésical des plus opiniâtres, et qu'on ne découvrait chez le sujet aucune cause capable de produire des effets aussi prolongés. Il n'y avait là qu'une atonie de vessie méconnue, et qui avait fait de grands progrès pendant un premier traitement dirigé contre des causes imaginaires. J'ai souvent recommandé de procéder avec précaution à l'intro-

duction des bougies et des sondes ; si l'on néglige ce soin, il en résulte des douleurs et une perturbation dont les conséquences sont fâcheuses. C'est ce qui arriva chez le malade dont je viens de relater l'histoire.

Les cautérisations transcurrentes et les injections de nitrate d'argent ont produit ici d'heureux résultats, sans occasioner de grands désordres, bien que les organes fussent doués d'une irritabilité excessive. Lorsqu'on les emploie de prime abord, sans avoir préparé convenablement le malade, ainsi que plusieurs praticiens le conseillent, elles sont souvent inutiles, et même quelquefois elles ne font qu'aggraver l'affection catarrhale, surtout quand on fait des cautérisations fortes et prolongées, ou qu'on injecte une dissolution trop chargée. Avant d'y recourir, chez mon malade, j'avais acquis la conviction qu'il n'existait ni à la vessie ni à la prostate aucun état morbide qu'elles pussent exaspérer. De toute évidence, le catarrhe n'était entretenu que par l'atonie des parois vésicales : or, l'expérience a prouvé qu'alors le nitrate d'argent possède une incontestable efficacité. Le tout est de l'employer en temps utile et seulement dans les cas où il convient. Or, je ne saurais trop répéter que les indications ne sont pas faciles à saisir. Quant à la manière de faire ces cautérisations et ces injections, et aux précautions qu'elles exigent, j'y reviendrai à la fin du chapitre.

Dans plusieurs de ces cas, les malades ont de la peine à supporter les introductions répétées de la sonde, et il leur est plus facile de garder celle-ci en permanence. Chez d'autres, l'impossibilité de voir le sujet aussi souvent que sa position l'exigerait, met aussi dans l'obligation de placer à demeure une sonde, qui sert à évacuer l'urine et à faire des injections. De cette manière, le traitement peut avoir aussi un résultat heureux ; mais il y a deux particularités sur lesquelles je dois appeler l'attention. Chez quelques-uns de ces malades, les sondes placées en permanence dans la ves-

sie s'incrustent avec une promptitude extrême : j'ai plus d'une fois été forcé de les changer ou nettoyer tous les deux jours : sans cette précaution, en les retirant, on causerait des douleurs, ou l'on s'exposerait à laisser des fragmens d'incrustation, qui deviendraient promptement des noyaux de calcul. Chez deux des malades que j'ai opérés par la lithotritie, la pierre tenait, j'en suis certain, à cette circonstance.

Nous avons vu, dans un chapitre précédent, que la vessie reprend l'exercice de ses fonctions avec difficulté et lenteur quand les malades ont porté pendant long-temps une sonde en permanence. La même particularité a lieu dans les cas dont il s'agit ici, et il n'est pas rare de voir le catarrhe reparaître aussitôt qu'on retire la sonde. Comme dans les cas d'atonie simple de la vessie, il ne faut pas cesser brusquement l'usage de la sonde : on la retire d'abord pendant le jour, pour la replacer la nuit. Si la vessie ne se vide pas aisément, on introduit de temps en temps l'instrument, au moyen duquel on pratique des injections. En un mot, il faut associer les deux méthodes de traitement.

§ VII. Catarrhe vésical produit par des causes indirectes.

Dans les espèces de catarrhe vésical que je viens de passer en revue, la plegmasie de la vessie se rattache d'une manière plus ou moins directe à des dispositions morbides de l'appareil urinaire, en sorte qu'il est généralement facile de se rendre compte de la maladie, de sa marche, de ses symptômes et de ses terminaisons. Il y a, en effet, entre l'état morbide primitif et l'affection catarrhale consécutive, une corrélation plus ou moins facile à saisir, et qui guide le praticien dans la conduite qu'il doit tenir. Ce sont des cas à-peu-près simples, ou du moins dans lesquels, s'il existe des complications, la liaison entre celles-ci et le symptôme principal saute pour ainsi dire aux yeux. En général, alors, une seule série de moyens curatifs suffit; ou, s'il devient nécessaire d'en

employer plusieurs, les indications sont nettement dessinées. Mais il existe d'autres espèces de catarrhe vésical, à l'égard desquelles on ne peut procéder de la même manière. Quelquefois on n'aperçoit aucun rapport entre l'effet qu'on observe et la circonstance dont on serait tenté de le faire dépendre, et si la théorie semble en indiquer un, il est trop vague, trop indirect, pour satisfaire aux exigences d'une thérapeutique rationnelle. Dans ces cas, qu'on avait jugés très communs, et qui sont heureusement assez rares, le praticien éprouve un grand embarras.

D'abord, il y a une particularité qui contribue à rendre très confuse l'histoire de tous les catarrhes vésicaux : c'est que les circonstances auxquelles on attribue ceux dont il me reste à parler, peuvent exister, et existent fort souvent en même temps que les états morbides qui entraînent la manifestation du catarrhe dans les espèces dont je me suis précédemment occupé. Ainsi il n'est pas rare qu'un homme attaqué de maladies urétrales ou vésicales qui produisent le catarrhe, ait été ou soit simultanément atteint d'exanthèmes, d'hémorrhoïdes, de goutte, de rhumatisme, etc. Il ne l'est pas non plus qu'une personne chez laquelle les symptômes du catarrhe ont éclaté à la suite d'une lésion quelconque de l'urètre ou de la vessie, mène une vie sédentaire ou fasse abus des boissons spiritueuses, qu'elle ait éprouvé un arrêt de transpiration, ou la suppression d'une évacuation périodique, soit naturelle, soit provoquée par l'art. Dans ces divers cas, où le catarrhe peut également se rattacher, et à des causes directes, locales, et à des causes indirectes, agissant sur un point éloigné de la vessie, on ne tient compte, en général, que de ces dernières. Les opinions et les méthodes curatives accréditées en font foi. J'ai démontré, je l'espère, que les causes directes et locales sont celles qui exercent le plus d'action ; mais je n'ai pas prétendu par là qu'il fallait négliger les autres. Plusieurs faits que j'ai déjà rapportés et d'au-

tres dont je vais parler, prouvent qu'elles ont leur part d'influence. Il importe même d'autant plus d'y avoir égard, qu'on ne saurait rigoureusement déterminer la part d'action qui revient à chaque série de causes, et que souvent on voit les plus puissantes d'entre celles que j'appelle directes, comme un rétrécissement considérable de l'urètre, une tuméfaction énorme de la prostate, une tumeur implantée dans la vessie, ou une grosse pierre, ne pas entraîner la manifestation du catarrhe, qui ailleurs apparaît et persiste sans qu'on découvre aucune particularité organique capable d'en expliquer la production.

Je dépasserais de beaucoup les bornes que j'ai dû m'imposer, si je voulais passer en revue toutes les circonstances auxquelles le pouvoir de faire naître le catarrhe vésical a été attribué : car on voit figurer dans le nombre la plupart de celles dont l'influence modifie l'action de nos organes, et une foule de maladies étrangères à l'appareil urinaire.

Ainsi, par exemple, la cessation brusque de la gale, des dartres et autres affections cutanées, a été rangée parmi les causes du catarrhe vésical ; sans doute on voit survenir ce dernier chez des sujets atteints d'éruptions psoriques ou herpétiques, qui diminuent ou même disparaissent à mesure qu'il se développe. Mais, d'une succession de deux phénomènes à une relation de causalité entr'eux, il y a loin, et l'on est étonné qu'un aphorisme trop connu pour que j'aie besoin de le rappeler, ait été oublié à propos des maladies de l'appareil urinaire, quand on en fait chaque jour l'application à celles des autres départemens de l'économie. Quoi qu'il en soit, la préexistence d'une affection cutanée chez les sujets atteints de catarrhe vésical, mérite d'autant plus qu'on y ait égard, qu'elle indique la nécessité non pas de recourir à des prétendus spécifiques, mais d'agir sur les tégumens avec plus d'énergie qu'on ne l'eût fait dans un autre cas.

Il n'est pas rare de voir le catarrhe vésical survenir pen-

dant la convalescence, ou même après la guérison complète d'une maladie interne, surtout lorsque celle-ci avait pour siège une membrane muqueuse. Dans l'un des chapitres précédens, j'ai noté une particularité que je rappellerai ici, parce qu'elle me paraît mériter la plus grande attention. Des malades que j'avais guéris de la pierre et d'un catarrhe vésical déterminé par la présence du corps étranger, ayant éprouvé accidentellement, les uns une angine ou un coryza, d'autres une pleurésie, une péripneumonie, quelques-uns une gastrite, une entérite, et un plus petit nombre une phlegmasie cutanée, j'ai remarqué qu'il ne se passait rien du côté de la vessie pendant que l'inflammation accidentelle parcourait ses premières périodes, mais que, quand celle-ci touchait à sa fin, et parfois même après qu'elle avait disparu, la sécrétion vésicale devenait plus abondante. Ce phénomène, signalé déjà par Chopart, Dupuytren et autres praticiens, s'est reproduit si souvent dans ma pratique, que je n'hésite plus à le prédire aux malades, pour leur épargner les inquiétudes qu'il pourrait susciter en faisant craindre le retour et la permanence de l'ancienne maladie de la vessie. Il n'a rien, au reste, qui doive surprendre, puisque le réservoir de l'urine vient d'être le siège d'une affection qui l'a laissé dans un état insolite de susceptibilité! Mais on voit assez fréquemment aussi le catarrhe vésical survenir chez des personnes qui n'avaient jamais souffert des voies urinaires, et qui relèvent d'une inflammation des viscères thoraciques ou abdominaux. Pinel et M. Avisard en ont cité des exemples à la suite de la bronchite. On est même parti de là pour admettre que le catarrhe vésical pouvait quelquefois constituer une crise favorable. Laissant de côté cette hypothèse, qui ne soutiendrait peut-être pas un examen sérieux, nous ferons remarquer qu'en général ces catarrhes secondaires durent peu et se dissipent spontanément. Presque toujours ils dépendent d'une atonie de la vessie, conséquence de la maladie

plus ou moins grave à laquelle le sujet a été en proie. Quelquefois cependant le viscère n'a rien perdu de sa puissance expulsive. J'ai pu surtout m'en convaincre chez un des membres les plus distingués du barreau de Paris. Pendant la convalescence d'une maladie grave de l'estomac, cet avocat éprouva des difficultés d'uriner si grandes et si rebelles aux calmans, qu'il se crut attaqué de la pierre et me fit appeler; je reconnus que ses soupçons n'avaient aucun fondement, mais que seulement le col vésical et l'urètre étaient fort irritables ; quant à la vessie elle-même, elle se contractait avec tant d'énergie que les frottemens de la sonde sur la face interne faisaient sentir des rugosités, des inégalités, comme il arrive après qu'on a fait plusieurs injections froides dans le viscère. Je rassurai le malade et l'engageai à insister sur l'emploi des calmans et des émolliens, qui, au bout de quelques semaines, eurent effectivement dissipé ses souffrances.

La pratique nous amène de temps en temps des adultes et surtout des vieillards atteints de goutte et de catarrhe vésical, dont les accès sont tantôt simultanés et tantôt successifs. On s'est beaucoup occupé de ces cas, dans lesquels les uns ont vu l'influence d'une seule et même cause, les autres une réaction de l'affection goutteuse sur la vessie. Ils me semblent rentrer parfaitement dans la catégorie de ceux dont je viens de parler, et devoir être expliqués de la même manière. Mais, à l'égar des uns et des autres, je crois devoir noter une circonstance qu'on a beaucoup trop négligée. Toutes les maladies graves, et la goutte est du nombre, exigent le repos, une abstinence plus ou moins prolongée du mouvement, et un régime débilitant. Or, pour peu que la vessie ait de la tendance à l'atonie, elle devient de plus en plus inerte sous cette influence, elle se vide de plus en plus incomplètement, l'urine y séjourne, ce liquide y forme des dépôts, et le catarrhe apparaît, ordinairement sous forme chronique. Qu'u-

ne cause quelconque vienne à l'exaspérer, une fois qu'il est établi, l'affection arthritique diminue et cesse même, pour reparaître aussitôt que le catarrhe repasse à ses précédentes conditions de chronicité.

Dans la goutte et le rhumatisme, aussi bien que dans la plupart des maladies, la sécrétion rénale est plus ou moins modifiée, sous le rapport tant de la quantité que des qualités. Or, on ne saurait douter que la nature de l'urine n'exerce une grande influence sur la sensibilité et la contractilité de la vessie. Fort souvent j'ai remarqué qu'il suffisait de la changer par des boissons abondantes, pour diminuer subitement les contractions vésicales et éloigner les besoins d'uriner. Il faut donc, dans le catarrhe, tenir compte et de la quantité d'urine sécrétée dans un temps donné, et des qualités anormales que ce liquide peut acquérir. Qu'il n'y ait qu'une simple modification de l'action rénale par suite de la maladie de la vessie, ou que les reins soient devenus le siège d'un véritable travail inflammatoire, la conduite à tenir ne saurait être la même. Dans le premier cas, on doit chercher à attaquer la phlegmasie vésicale d'une manière plus vigoureuse, afin de faire taire les sympathies qu'elle développe, et dans le second il faut agir directement sur les reins par les moyens que l'art comporte.

Parmi les causes principales du catarrhe vésical on range la suppression de transpirations habituelles, entre autres des sueurs abondantes aux pieds. Les auteurs citent des faits qui autorisent à penser que cette circonstance peut effectivement agir, au moins d'une manière indirecte; le docteur Jallat, par exemple, en a rapporté un, dans la thèse qu'il a soutenue, en 1824, à la Faculté de Paris. Mais ici, comme dans la plupart des autres cas, on a négligé d'avoir égard à d'autres particularités qui jouent un bien plus grand rôle dans la production du catarrhe. Ainsi, parmi les malades qui se sont offerts à moi, il s'en est trouvé quelques-uns qui accu-

saient des suppressions de transpiration ou des répercussions d'exanthèmes d'être la principale source des désordres qu'on remarquait chez eux du côté des voies urinaires ; mais, en les examinant avec attention, je finissais toujours par découvrir une atonie de la vessie, une névralgie du col vésical ou de l'urètre, ou quelque autre affection analogue, qui existait inaperçue. On ne saurait donc partager l'opinion de Dupuytren, qui pensait que la fréquence des affections catarrhales de la vessie chez les vieillards dépend de la sécheresse des tégumens à cette époque de la vie. Quoi qu'il en soit, le praticien ne perdra jamais de vue l'état de la peau pendant le cours du traitement, à l'efficacité duquel il ajoute puissamment en ne négligeant aucun des moyens qui sont propres à activer les fonctions d'un organe si important.

Ce n'est pas sans raison qu'on a rangé la vie sédentaire parmi les causes du catarrhe vésical, puisque, comme je l'ai fait voir ailleurs[1], elle est une des principales dans le nombre de celles qui amènent l'atonie de la vessie. Les personnes qui prennent peu ou point d'exercice, qui restent habituellement assises ou couchées, sont plus sujettes que d'autres à la paresse de vessie, qui entraîne la stagnation de l'urine dans le viscère, et par suite le catarrhe. Cependant cette règle n'est pas sans exception, et les femmes surtout en fournissent une assez remarquable. La vie sédentaire, je ne crains pas de le répéter, n'influe que d'une manière indirecte, sur la manifestation du catarrhe. Si les hommes de cabinet surveillaient davantage les fonctions de leur vessie, peut-être seraient-ils moins exposés que d'autres à cette maladie, parce que leur genre de vie, sauf ce qui concerne l'exercice, est généralement parlant plus conforme aux lois de l'hygiène, et les met à couvert de l'intempérie des saisons.

Certains catarrhes vésicaux sont dus à l'abus des boissons spiritueuses. Il y en a moins cependant qu'on ne pourrait le

croire d'après le dire des auteurs. Je n'ai observé que trois cas de ce genre bien caractérisés, et dans lesquels l'ivrognerie paraissait être la cause principale, sinon unique, de la maladie. Dans d'autres, où le catarrhe avait été attribué à cette circonstance, j'ai reconnu des dispositions morbides de l'urètre ou de la vessie dont on n'avait tenu aucun compte.

A côté des boissons alcooliques on a placé, comme étant susceptibles de faire naître le catarrhe vésical, les diurétiques chauds, fort en usage dans quelques localités. Que ces substances aient une action spéciale sur le col de la vessie, ou qu'elles déterminent seulement une grande surexcitation, il paraît qu'elles peuvent en effet occasioner la maladie, surtout chez les personnes qui y sont déjà prédisposées d'une manière quelconque.

Nous possédons un grand nombre d'exemples de cystites provoquées par les cantharides, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, et comme, dans beaucoup de cas, elles étaient accompagnées de douleurs lombaires et d'hématurie, on a attribué l'inflammation des reins à l'action directe de la même cause. Il est incontestable qu'on observe des néphrites à la suite de l'usage des cantharides; mais tout porte à croire aussi qu'elles sont consécutives à l'inflammation vésicale, puisque c'est sur le col de la vessie que porte surtout l'action de cette substance irritante. Quoi qu'il en soit, on a rangé les cantharides parmi les causes du catarrhe vésical, que Paré, entre autres, dit être survenu chez un jeune homme qui avait été employé pendant deux mois à en piler. Comme, en général, les effets des cantharides sur l'appareil urinaire sont prompts et violens, ils réclament aussi des moyens énergiques. Si la phlegmasie prenait une marche chronique, on se comporterait comme dans les catarrhes produits et entretenus par une irritation vive du col vésical. Si déjà le catarrhe existait au moment où les cantharides viendraient à agir, il prendrait très probablement une allure

aiguë, et alors il faudrait se conduire comme s'il n'y avait pas d'affection catarrhale préalable; seulement l'inflammation consécutive aurait plus de gravité et d'opiniâtreté, ce qui obligerait de rendre le traitement plus énergique et de l'appliquer avec plus d'insistance.

Il n'est pas rare, comme j'en ai déjà fait la remarque, de voir l'urétrite, surtout aiguë, se propager à la vessie, et même jusqu'aux reins. Mais, un fait auquel on n'a pas consacré assez d'attention, c'est que les moyens mis en usage pour arrêter les écoulemens urétraux, notamment la résine de Copahu produisent souvent des cystites et des néphrites, quelquefois graves et susceptibles de se terminer d'une manière funeste. Le plus fréquemment néanmoins ces phlegmasies consécutives prennent une forme chronique, ou du moins ne persistent pas long-temps à l'état aigu. Il n'y a rien là qui ne rentre dans la catégorie des faits précédemment examinés.

Les diverses circonstances que je viens de passer en revue exercent sans doute de l'influence sur la marche et la terminaison de l'affection catarrhale. Mais on observe tant de différences à cet égard, qu'il n'y aurait moyen de les représenter que par des observations particulières, attendu qu'elles varient, pour ainsi dire, d'individu à individu. En ce qui concerne le traitement, les indications découlent de la cause qui produit ou concourt à produire le catarrhe. Ces indications sont faciles à saisir. Elles se réduisent, somme totale, à écarter la cause, ou, quand on ne peut y parvenir, à en atténuer le plus possible l'influence. Les moyens de les remplir ne sauraient donc être les mêmes partout; c'est à la sagacité du praticien à les approprier aux divers cas et à toutes les éventualités qui peuvent surgir.

ARTICLE IV.

Du catarrhe vésical chez les femmes.

On s'est peu occupé du catarrhe vésical chez les femmes. Plusieurs motifs se sont réunis pour amener cette négligence. D'abord, on observe plus rarement chez la femme que chez l'homme les lésions organiques et les troubles fonctionnels, tant de la vessie que de l'urètre, dont le catarrhe est la conséquence. En second lieu, les organes ont des dispositions anatomiques plus favorables. Enfin, la plupart des femmes ne se soumettent qu'à la dernière extrémité aux investigations locales, et quelques-unes même gardent un silence absolu sur les souffrances qu'elles peuvent endurer du côté de l'appareil génito-urinaire.

Cependant, les femmes sont plus sujettes au catarrhe vésical qu'on ne le pense généralement. Cette affection a même quelquefois chez elles un caractère désespérant d'opiniâtreté. Je l'ai observée à tous les âges et dans toutes les conditions de la vie sociale.

Chez les jeunes filles, comme chez les jeunes garçons, l'incontinence d'urine est souvent accompagnée des dépôts muqueux ou mucoso-purulens qui constituent le catarrhe vésical. Quelques-unes, d'ailleurs bien constituées, et présentant tous les attributs d'une bonne santé, sont atteintes de catarrhes, qui dépendent alors presque toujours d'un état névralgique de l'urètre, mais qui parfois cependant se rattachent à l'atonie de la vessie. La même chose arrive chez d'autres quand la menstruation commence ou qu'elle s'accomplit péniblement. L'habitude de boire peu et celle de résister au besoin d'uriner sont aussi des circonstances propres à développer la maladie. A la vérité, je n'ai vu qu'une seule fois cette dernière offrir de la gravité. En général, il m'a suffi de prescrire des lavemens, d'augmenter la quantité des bois-

sons, et d'engager les malades à uriner aussitôt que le besoin se faisait sentir, pour obtenir une grande amélioration, bientôt suivie de la guérison, sans qu'il fût nécessaire de recourir à un traitement spécial. La plus grande difficulté est celle qui consiste à obtenir que la malade permette qu'on explore les parties et qu'on fasse des injections quand elles sont nécessaires.

Chez les jeunes femmes, les rapports conjugaux, l'abus du coït et le travail de la gestation agissent quelquefois sur la vessie de manière à favoriser le développement d'une phlegmasie chronique du viscère, quand d'ailleurs il existait déjà un commencement de névralgie urétrale et d'atonie vésicale. Ce cas est rare, néanmoins, et la plupart du temps sans gravité. Le traitement n'exige rien de particulier, et il est toujours couronné de succès quand on l'applique de bonne heure ; malheureusement, beaucoup de femmes négligent pendant long-temps le catarrhe, qui finit alors par devenir opiniâtre.

Les plus graves parmi celles de ces affections que j'ai rencontrées en pareil cas, existaient chez des femmes nerveuses, qui s'étaient livrées sans retenue au coït et à l'usage des boissons spiritueuses. La maladie avait débuté, chez elles, par une névralgie de l'urètre et du col vésical, dont on ne s'était point occupé. On avait négligé aussi le catarrhe, tant qu'il ne s'était montré que de temps en temps et peu développé. Au moment où j'ai vu ces malades, non-seulement l'affection catarrhale avait fait de grands progrès, mais encore la santé avait éprouvé de profondes atteintes. Aux moyens locaux, il a fallu associer des traitemens généraux, et la position est devenue d'autant plus embarrassante, dans certains cas, que l'effet des uns et des autres a été long-temps incertain et toujours fort lent. Quelquefois même les malades se sont découragées, et n'ont point obtenu guérison. Chez plusieurs il n'y a eu qu'une amélioration assez restreinte.

Il survient quelquefois des catarrhes vésicaux graves à la suite des accouchemens laborieux, et M. Pasquier en cite un de ce genre qui se termina par la mort au septième jour. Les compressions violentes et les contusions qu'éprouvent alors l'urètre et le col de la vessie, jointes aux fréquentes rétentions d'urine auxquelles les femmes sont si sujettes vers la fin de la grossesse, rendent parfaitement raison de ce phénomène morbide, qui cède, en général, aux injections et au soin continué pendant quelque temps de vider la vessie soir et matin.

A l'époque de la ménopause, les catarrhes de vessie sont fréquens, graves et assez communément opiniâtres. Ils entraînent parfois de grands désordres, locaux et généraux, qui ne sont pas toujours envisagés sous le véritable point de vue; car on est d'autant plus enclin à en chercher la cause dans l'utérus, que les symptômes du côté de la vessie paraissent peu marqués. Ces sortes de catarrhes, généralement chroniques, mais quelquefois aussi plus ou moins aigus, présentent beaucoup de variétés. Ce qui les distingue surtout, c'est la résistance qu'ils opposent au traitement. Tant qu'on ne les attaque qu'à l'aide de moyens indirects, on n'obtient aucun résultat. Il faut donc tout faire pour que les malades se décident sans délai à recourir aux bougies, aux sondes, aux injections.

Au reste, une fois que le catarrhe vésical est établi, il offre, chez la femme, les mêmes particularités que chez l'homme. Là, aussi, il y a tantôt atonie de la vessie, qui exécute ses fonctions d'une manière incomplète; tantôt, au contraire, hypertrophie des parois du viscère, avec accroissement de son pouvoir expulsif. La conduite à tenir varie spécialement en raison de ces deux circonstances, mais ne présente d'ailleurs rien de particulier, si ce n'est de légères modifications que tout praticien saura sans peine apprécier.

ARTICLE V.

Du catarrhe vésical chez les enfans.

Le catarrhe vésical a été moins étudié encore chez les enfans que chez les femmes. Cependant il n'est rare, aux premiers âges de la vie, ni sous la forme chronique, ni même sous la forme aiguë. Sa fréquence n'a rien qui doive surprendre quand on se rappelle que la vessie est très paresseuse chez les enfans, et que la stagnation de l'urine dans son réservoir est la principale cause des phlegmasies chroniques de ce dernier.

C'est surtout chez les enfans scrofuleux et rachitiques que j'ai observé le catarrhe chronique. Presque toujours alors il y avait paresse de vessie, accompagnée ou non d'incontinence d'urine. Quant aux caractères de la phlegmasie, ils ne m'ont rien offert de spécial. J'ai seulement remarqué que la maladie était fort insidieuse, en ce sens que les symptômes avaient la plupart du temps peu de développement, surtout au début. Peut-être cause-t-elle moins de douleur qu'aux autres époques de la vie : le passage des mucosités à travers l'urètre occasionne des cuissons moins vives. Quelquefois la phlegmasie persiste pendant plusieurs années sans que l'urine devienne puriforme. Cependant il arrive une époque où ce liquide prend une couleur lactescente, et dépose une masse granuleuse, de couleur grise. Alors aussi la constitution du sujet a reçu de profondes atteintes, et le dépérissement est rapide.

Chez certains enfans, au début de la maladie, il suffit de passer quelques bougies molles dans l'urètre, et de faire des injections simples dans la vessie , pour voir disparaître de l'urine les mucosités qu'elle contenait, et l'excrétion de ce liquide reprendre son cours régulier. Mais on est rarement appelé dès le principe, et quand l'affection dure

déjà depuis un certain laps de temps, comme c'est le cas le plus ordinaire, on trouve le canal excessivement irritable. De là naissent des difficultés pour le traitement. L'introduction des premières bougies et des premières sondes est fort douloureuse, et détermine parfois une réaction, qui exaspère la phlegmasie. Il faut alors procéder à ces introductions avec la plus grande réserve, si l'on ne veut pas être obligé d'interrompre le traitement, et par conséquent d'en prolonger beaucoup la durée.

Dans l'enfance, comme aux autres époques de la vie, la phlegmasie vésicale est souvent provoquée, entretenue, exaspérée par l'irritation du rectum, et surtout par la présence des vers. C'est donc une circonstance à laquelle le praticien doit avoir égard.

Du reste, on se comporte comme dans les autres cas que j'ai passés en revue. On a successivement recours à divers ordres de moyens, en les proportionnant à l'intensité de la phlegmasie, ainsi qu'au tempérament et aux forces du sujet, sans jamais perdre de vue la cause qui exerce la plus grande part d'influence. A cet âge, la nature a plus de ressources; aussi n'est-il pas rare de voir revenir à la santé des malades qui semblaient voués à une mort certaine. Cependant il arrive quelquefois que toutes les ressources de l'art échouent, même quand elles sont employées de la manière le plus méthodique, et que les enfans succombent dans un état complet de marasme.

ARTICLE VI.

Du traitement général du catarrhe de vessie.

En traitant des diverses espèces de catarrhe vésical, j'ai indiqué la marche qu'il convient de suivre dans chaque série de cas. Mais quelques-uns des moyens dont j'ai conseillé l'emploi exigent une attention particulière, et je me suis trop

peu étendu sur leur mode d'application, leur manière d'agir et leurs effets, pour ne pas sentir la nécessité de revenir sur quelques points. D'ailleurs il en est plusieurs dont je n'ai point eu occasion de parler, et dont je crois également utile d'apprécier le degré de valeur et d'importance.

1° *Antiphlogistiques.* — On connaît les heureux effets de la méthode antiphlogistique au début et pendant le développement de la plupart des phlegmasies, quel qu'en soit le siège. Elle a aussi une incontestable utilité dans les inflammation de la vessie. Mais, quant au catarrhe vésical, on ne doit pas imiter les praticiens qui, ne voyant en lui qu'une phlegmasie ordinaire, sans avoir égard aux circonstances qui la déterminent et l'entretiennent, ne connaissent guères à lui opposer que le traitement antiphlogistique. Saignées locales et générales, bains, boissons abondantes, lavemens, applications sédatives, et régime sévère, tels sont les moyens avec lesquels on l'attaque la plupart du temps. Ils sont certainement indiqués dans le catarrhe aigu, en les modifiant selon l'exigence des cas, et les proportionnant à l'état du sujet, ainsi qu'à l'intensité de la maladie. Mais je ne saurais trop répéter que le point capital du traitement est de veiller à ce que l'urine ne s'amasse point dans la vessie. C'est effectivement l'accumulation de ce liquide qui devient la cause principale des accidens; car si le viscère pouvait demeurer dans une inaction complète, la cystite perdrait beaucoup de sa gravité. Soustraire la vessie à la nécessité de fonctionner pour se débarrasser de l'urine, écarter ou atténuer les obstacles, voilà le but qu'il faut atteindre; or, de toute évidence, les antiphlogistiques ne sauraient y conduire à eux seuls. On aurait tort néanmoins de les négliger, car ils deviennent un puissant auxiliaire dans beaucoup de circonstances.

Je n'insisterai pas sur les émissions sanguines, dont personne ne saurait contester l'utilité. Quant aux bains, je n'ai pas remarqué que ceux de nature mucilagineuse eussent un

avantage réel sur ceux d'eau simple. L'essentiel est d'y laisser le malade long-temps, et de les maintenir à une température uniforme, de 26 à 28 degrés du thermomètre de Réaumur. Les boissons adoucissantes conviennent, en aussi grande quantité que le comporte l'estomac ; mais on ne doit pas perdre de vue qu'il y a souvent des nausées, qui parfois même empêchent de boire assez pour étancher la soif. C'est alors qu'on a recours avec succès à des lavemens fractionnés par quarts ou par huitièmes, afin qu'ils puissent demeurer dans l'intestin. Toutefois, il est rare que la faculté d'uriner se rétablisse sous l'influence de ces moyens, dont, en général, le seul effet est de diminuer les contractions douloureuses de la vessie, dans laquelle l'urine peut alors s'accumuler sans causer d'angoisses. Mais il faut surveiller l'état du viscère : dès que la tumeur qu'il forme s'élève vers le détroit supérieur du bassin, on introduit la sonde, même quand le sujet n'est point tourmenté par le besoin d'uriner, car le séjour prolongé du liquide ne ferait qu'ajouter une nouvelle cause, plus puissante encore, à celle qui déjà déterminait la maladie. Du reste, je répète que je ne connais aucun cas où le cathétérisme exige plus de précautions, non-seulement pour l'introduction d'une sonde de petit calibre, mais encore pour l'évacuation de l'urine. Il faut que celle-ci s'écoule avec beaucoup de lenteur, afin que la vessie ne revienne pas brusquement sur elle-même. Vers la fin surtout, au moment où les parois de l'organe pourraient venir s'appliquer sur le bout de l'instrument, il faut retirer celui-ci avant que les dernières gouttes se soient échappées, et son retrait n'exige pas moins de soins que son introduction. Tantôt alors l'émission naturelle de l'urine se rétablit assez promptement, et tous les symptômes diminuent d'une manière rapide ; tantôt, au contraire, les besoins d'uriner restent fréquens, et le malade ne peut les satisfaire qu'avec effort et douleur.

Ainsi, pour me résumer sur le compte des antiphlogistiques, ils sont indiqués au début, et aussi long-temps que la phlegmasie affecte un caractère plus ou moins aigu; ils calment les accidens locaux, ils diminuent la réaction générale dont s'accompagne trop souvent cette inflammation, et ils disposent les parties à permettre l'application de moyens plus directement avec l'état morbide dont elles sont devenues le siège. Mais, insister sur leur emploi après qu'on a obtenu d'eux ce premier résultat, c'est perdre un temps précieux, pendant lequel le mal fait assez de progrès pour ne pouvoir plus ensuite être vaincu. Ce serait d'ailleurs favoriser le passage de l'état aigu à l'état chronique.

Quant au catarrhe vésical chronique, les antiphlogistiques, prodigués comme le veulent certains praticiens, ne produisent presque jamais les effets sur lesquels on comptait. Dans une foule de cas, sans doute, il faut y recourir, mais avec modération et insistance, bien plutôt qu'avec énergie et brusquerie. Souvent aussi ils deviennent indispensables pour combattre les exacerbations que font surgir, soit des causes accidentelles, soit les autres moyens curatifs. Ici donc encore ils ne sont que le préliminaire, fréquemment obligé, d'une méthode directe de traitement.

2° *Narcotiques.*—Nous avons vu, à l'occasion de la plupart des maladies de l'appareil urinaire, combien sont grands les avantages qu'on retire des préparations opiacées, administrées par la voie de l'estomac, appliquées à l'extérieur, et surtout introduites dans le rectum. Mais ces moyens, si efficaces, si utiles, si indispensables même, en beaucoup de circonstances, ne servent, comme les antiphlogistiques, qu'à préparer les sujets, à écarter des incidens plus ou moins graves, et à faciliter l'emploi d'autres agens plus directement appropriés à la maladie. L'important est de les placer à propos, et l'abus qu'on en ferait, outre qu'il entraînerait une irréparable perte de temps, aurait l'inconvénient de provo-

quer une constipation opiniâtre, d'énerver le sujet, et d'affaiblir la vessie, qui n'a déjà que trop souvent de la tendance à tomber dans l'atonie. Ce que je dis s'applique surtout à l'opium ; car la jusquiame, la ciguë, la belladone, ont moins d'action sur le réservoir de l'urine; je les ai employées fort souvent, et je n'ai pas observé qu'elles produisissent d'effets bien marqués.

Les mêmes réflexions s'appliquent au camphre, qu'on a vanté contre les phlegmasies de la vessie, à cause de la vertu qui lui est attribuée d'apaiser les douleurs du col de cet organe. Il en est de lui comme d'une foule d'autres substances; les effets que l'on met sur son compte tiennent les uns à une simple coïncidence, les autres à la marche naturelle de la maladie, ou aux traitemens concurremment employés.

3° *Balsamiques.* — On se rappelle la vogue immense dont jouirent pendant long-temps les remèdes dits balsamiques, décorés des noms pompeux de *baume des viscères*, d'*âme des organes génito-urinaires.* Le temps a singulièrement refroidi cet enthousiasme; cependant il y a encore aujourd'hui beaucoup de médecins qui traitent presque exclusivement le catarrhe vésical par les balsamiques à l'intérieur ou à l'extérieur. Leur pratique se fonde sur celle de Dupuytren surtout, qui n'était pourtant pas exclusif à cet égard; car, tout en avançant que la térébenthine diminue presque toujours les symptômes, il convenait qu'elle ne procure pas constamment une guérison complète. C'était principalement sous forme de pilules que ce praticien célèbre administrait la térébenthine de Venise, quoiqu'il employât aussi d'autres préparations dans des cas spéciaux. Je donnerai ici l'extrait de quelques faits publiés par l'un de ses élèves les plus distingués, M. Avisard.

Un homme de trente ans, sec, maigre et bien portant, éprouva, sans y faire beaucoup d'attention, des douleurs dans les articulations de l'épaule, du coude et de la hanche

gauche, qui, au bout d'un an, disparurent, ou plutôt changèrent de place, car elles se portèrent à l'abdomen, accompagnées alors de douleurs brûlantes dans l'urètre, surtout au gland, avec urine blanche et filante. Cet homme entra, six mois après à l'Hôtel-Dieu : douleurs profondes à la région de la vessie, besoins sans cesse renaissans d'uriner, sensation d'ardeur durant le passage de l'urine. L'interruption fréquente du jet et quelques rétentions firent craindre l'existence d'une pierre, que la sonde ne reconnut point. Comme les caractères de l'urine annonçaient un catarrhe, on prescrivit des bains et des boissons nitrées. Quatre jours après, on administra un gros de térébenthine en pilules. Au bout de huit jours, on vit diminuer la quantité des dépôts de l'urine; mais les douleurs de la vessie et surtout celles de l'urètre avaient augmenté; l'hypogastre était douloureux et tendu, la peau chaude. On suspendit la térébenthine; les bains diminuèrent les douleurs, mais les dépôts de l'urine augmentèrent. On revint à l'usage de la résine; trois jours après, envies fréquentes d'uriner, impossibilité de les satisfaire, gonflement et endolorissement des hypocondres, inappétence, éructation continuelle. Un vomissement de matières visqueuses et limpides soulage le malade, qui rend beaucoup d'urine chargée d'un dépôt très abondant. L'usage de la térébenthine est repris. Le sujet la supporte mieux d'abord; mais de nouveaux accidens, semblables aux premiers, obligent encore de la suspendre. On y revint après qu'ils furent calmés, et cette fois les douleurs de vessie diminuèrent. Pendant quinze jours que le malade resta encore à l'hôpital, on remarqua que l'urine demeurait claire tant que le ciel était sain et l'atmosphère sèche, mais qu'elle se troublait et prenait un aspect légèrement purulent dans les circonstances inverses ; alors aussi on voyait reparaître les douleurs de la vessie et de l'urètre, ce qui n'empêcha pas de renvoyer le malade comme guéri.

Un autre homme de cinquante-six ans, après avoir passé une nuit sur le pavé, éprouva des douleurs vives du côté de la vessie et tous les symptômes du catarrhe. Il lui semblait que des *gouttes de feu* traversaient son urètre. L'urine était sanguinolente, et la constipation habituelle. Les bains et quelques adoucissans procurèrent du calme et du sommeil. Le huitième jour, on donna un gros de térébenthine : urines limpides, ayant l'odeur de la violette; accroissement des douleurs et des besoins d'uriner. Onze jours après, trois gros de térébenthine, qui sont suivis d'un dépôt de l'urine alternant avec les variations atmosphériques. Plus tard encore, une demi-once de résine; douleurs insupportables, envies d'uriner et érections presque continuelles, émission très douloureuses de quelques gouttes d'urine sanguinolente, frissons, soif vive, fièvre intense, sueurs abondantes. Quand ces accidens se calment, l'urine contient beaucoup de dépôt. Deux fois encore on revient à la térébenthine; la première fois, urine limpide, mais avec un dépôt purulent, et douleurs toujours très vives; la seconde fois, urine limpide, sans dépôt, mais les douleurs n'ont pas cessé.

Un troisième malade, âgé de vingt ans, bien constitué, et qui avait habité un lieu humide, éprouva des douleurs aux lombes et à l'hypogastre, qui firent croire à l'existence d'une pierre; mais il ne se décida qu'au bout de trois ans à se faire sonder. Au lieu d'un calcul, Dupuytren trouva un catarrhe purulent. On eut recours aux pilules de térébenthine et à l'eau de goudron pour boisson, en portant progressivement la dose de la résine jusqu'à dix gros. Les variations qu'éprouvèrent les symptômes furent moins prononcées que dans les deux cas précédens. On remarqua surtout une sensation d'ardeur à l'œsophage et à l'estomac, avec développement de gaz, ballonnement du ventre et coliques vives. Au bout de sept mois, le malade sortit de l'hôpital, conservant des envies fréquentes d'uriner.

Un jeune homme de dix-huit ans était atteint d'un catarrhe vésical qui fut attribué à ce qu'étant ivre, il s'était injecté de l'eau dans la vessie, au moyen d'une seringue. On le mit à l'usage de la térébenthine. Le quatrième jour, l'urine ne contenait plus de dépôt; mais, le septième jour, ce dépôt était plus abondant que jamais : il y eut de grandes variations les jours suivans. Au trente-sixième jour, on donne trois gros de résine; le lendemain, le malade vomit ses alimens; il a plusieurs selles abondantes; douleurs abdominales vives, soif et fréquence du pouls, accidens qui diminuent sous l'influence des émissions sanguines; amélioration du côté de la vessie, l'urine s'éclaircit, et le malade quitte l'hôpital, après y être resté un mois et demi.

Un autre jeune homme de dix-neuf ans souffrait de la vessie depuis trois années. On le mit à l'usage de la térébenthine et de l'infusion de bourgeons de sapin. Il n'y eut pas d'effet immédiat. Un mois plus tard, la térébenthine fut portée à la dose de trois gros; le dépôt diminua, mais l'urine conservait toujours des flocons bleuâtres. La résine causait également de l'ardeur et de la tension à l'épigastre, avec éructation. Au bout d'un mois encore, on accroît de deux gros la dose de la térébenthine, sans que la guérison fasse aucun progrès : les dépôts de l'urine varient beaucoup. On augmente la quantité de la résine, et on couvre le corps de flanelle. Enfin, le malade sort sans être guéri. La dose la plus forte qu'il prit, celle dix gros, lui causa des ardeurs à l'estomac, un météorisme général du ventre et des éructations abondantes,

Un cultivateur, âgé de soixante-trois ans, fortement constitué et chargé d'embonpoint, éprouva un rhume de poitrine, qui disparut tout-à-coup et fut remplacé par un catarrhe vésical. La térébenthine n'apaisa pas les douleurs, mais les dépôts de l'urine diminuèrent. Il n'y eut point de désordres du côté de l'estomac. Finalement, le malade quitta

l'hôpital, éprouvant des douleurs moins vives, mais conservant un dépôt muqueux dans l'urine.

Ces exemples me suffisent. Dans aucun cas il n'a rien été fait pour déterminer l'espèce de catarrhe dont il s'agissait. Ce qui frappe le plus, en effet, c'est que Dupuytren administrait la térébenthine d'une manière tout empirique, sans tenir le moindre compte de l'état des organes, seulement après s'être assuré que les accidens ne dépendaient point de la présence d'un corps étranger. Et cette marche, qu'il suivait de 1816 à 1826, il y demeura fidèle, comme le prouve une observation imprimée dans la Lancette Française de 1830.

Chez plusieurs des malades soumis par lui à l'usage de la térébenthine, il n'y avait pas de lésion organique apparente du côté de l'appareil urinaire; le catarrhe vésical semblait tenir à un refroidissement, ou à la répercussion d'une autre affection catarrhale, d'une maladie goutteuse ou rhumatismale. Chez d'autres, il y avait évidemment lésion de l'urètre, ou atonie de la vessie. Cependant la résine fut partout administrée suivant le même mode, tantôt seule et tantôt associée à l'eau de goudron. Aussi les résultats furent-ils loin d'être satisfaisans. Dans la majorité des cas il a fallu suspendre, même à plusieurs reprises, l'usage du remède, parce qu'il déterminait une exaspération de la phlegmasie locale et une perturbation générale. Plus d'une fois, de chronique qu'elle était, l'inflammation de la vessie tendit à devenir aiguë. En un mot, somme totale, la térébenthine semble avoir été plutôt nuisible qu'utile. Si quelquefois l'urine s'éclaircit après la prise des premières doses, il ne faut pas perdre de vue que, dans beaucoup de cas, les dépôts muqueux de ce liquide diminuent et même disparaissent sous l'influence de l'exaltation de l'irritabilité de l'organe. Nous avons vu le même effet avoir lieu par suite d'une secousse générale plus ou moins forte, ou du développement d'une maladie inflammatoire dans une autre région du corps. Ce-

pendant il y eut des malades chez lesquels la reproduction répétée de l'influence réactionnaire finit par diminuer ou guérir l'affection catarrhale de la vessie. Tous d'ailleurs avaient subi un changement total dans leur régime et leur genre de vie. Le problème, en ce qui concerne la térébenthine , n'est donc point aussi simple qu'on semble le croire ; non-seulement cette substance n'a pas toujours réuss i,mais, quand elle a eu du succès, rien ne prouve qu'on n'aurait pu l'obtenir par d'autres moyens, ni qu'il ne soit pas dû à l'ensemble des conditions nouvelles au milieu desquelles les malades se trouvaient placés. Enfin on a enregistré de simples améliorations comme des guérisons complètes, et tout porte à croire que le catarrhe a dû se reproduire dans un laps de temps plus ou moins long, puisque la cause subsistait encore, puisqu'on ne s'était pas même donné la peine de rechercher cette cause. Or, je crois avoir prouvé, de manière à convaincre les plus incrédules, que le catarrhe vésical est généralement la conséquence d'une lésion organique de l'urètre , de la prostate, de la vessie ou des reins. D'après cela, comment espérer qu'une même méthode de traitement puisse lui être applicable dans tous les cas ?

Je ne rejette pas plus les balsamiques que tous les autres moyens, quels qu'ils soient. Ce que je blâme, c'est l'abus qu'on en a fait, qu'on en fait encore, et l'empirisme aveugle avec lequel on les administre. Quand le catarrhe ne dépend que d'une surexcitation du col vésical, et qu'il se lie à une constipation habituelle, la térébenthine peut être utile, et la révulsion qu'elle opère sur le canal intestinal suffit quelquefois pour faire cesser, au moins temporairement, l'affection dont le réservoir de l'urine est atteint. Elle peut également l'être, dans d'autres cas, en modifiant le caractère de la phlegmasie, en la faisant passer du degré chronique à un état plus ou moins aigu , passage qui est quelquefois avantageux, ici comme dans tant d'autres inflammations. Enfin, il peut

être bon d'y recourir vers la fin du traitement, lorsque déjà on a écarté la cause et agi directement sur les parties malades, de manière à en modifier le mode de vitalité. Mais, en général, les injections d'eau froide dans la vessie, les lavemens et les légers purgatifs méritent la préférence; avec leur secours, on guérit plus vite, plus sûrement, et d'une manière plus durable ; on ne court pas le risque, avec eux, comme avec la térébenthine, de provoquer des rapports, des nausées, des vomissemens, des coliques, des diarrhées, sans parler de la répugnance qu'ont la plupart des malades à prendre les résines, dont on est obligé de masquer le goût et l'odeur par des préparations et des combinaisons qui en atténuent souvent les effets. Cette dernière réflexion s'applique surtout au baume de Copahu, dont on fait un grand usage, depuis quelques années, contre les maladies des voies urinaires, sans qu'il soit possible d'expliquer ce nouvel engouement, puisqu'il est de fait qu'on a rarement à se louer du résultat. Si parfois il y a diminution momentanée du dépôt muqueux, les accidens ne tardent pas à reparaître, aussi énergiques qu'auparavant, et souvent même avec un délabrement considérable de la santé. Enfin, une dernière considération, qui me paraît la plus grave de toutes, c'est que les diverses substances résineuses sont aptes à faire naître des symptômes d'inflammation du côté de la vessie, à tel point que M. Coulson assure avoir vu plus de catarrhes vésicaux déterminés par leur emploi inconsidéré que par toute autre cause.

Révulsifs. — Il en est du catarrhe vésical comme de beaucoup d'autres maladies graves, longues, rebelles; on se trouve naturellement conduit, par l'opiniâtreté des accidens, à essayer tour-à-tour divers ordres de moyens. Ici les révulsifs, même les plus énergiques, ont été employés par un grand nombre de praticiens, mais avec des préférences pour chacun qui sont loin de paraître justifiées.

Les principaux moyens mis en usage pour déplacer l'irritation de la vessie, sont les vésicatoires, les frictions irritantes, les cautères, les sétons. A leur égard, il est un point sur lequel on ne s'est pas entendu, c'est de déterminer l'endroit où il convient d'appliquer ces divers révulsifs.

Desault, Chopart, Boyer, etc., établissaient les vésicatoires à la partie interne des cuisses, surtout lorsqu'ils pouvaient supposer une influence rhumatismale. D'autres voulaient qu'on les posât au-dessus des pubis ou au sacrum. J'ai vu mettre des vésicatoires sur toutes ces régions, et je n'ai pas remarqué de différence dans les effets produits. J'ajouterai même que les faits de ma pratique ne parlent point en faveur de ce mode de traitement. Rarement, l'amélioration a été sensible; quelquefois même, malgré la précaution prise de saupoudrer l'emplâtre avec du camphre ou un mélange de camphre et d'opium, le col vésical s'est ressenti de l'action des cantharides, et les difficultés d'uriner ont augmenté, du moins pendant quelque temps.

J'ai eu beaucoup plus à me louer de la pommade stibiée, employée soit en frictions sur l'hypogastre, soit en applications sur le sacrum. L'action de ce moyen énergique m'a paru aussi utile dans certains cas de catarrhes vésicaux que dans les névralgies et autres irritations chroniques ayant leur siège au col vésical. Je dois noter qu'il détermine quelquefois des vomissemens ou la diarrhée. Chez plusieurs de mes malades, les frictions ont occasioné une éruption presque générale, mais très prononcée surtout aux lombes et à l'hypogastre. Ces phénomènes, de la possibilité desquels on doit prévenir les sujets, afin qu'ils n'en soient pas effrayés, font espérer une révulsion puissante et par cela même salutaire.

On a eu fréquemment recours au séton établi, soit au périnée, soit à l'hypogastre. M. Roux surtout insiste sur les avan-

tages de ce moyen. Je vais rapporter le sommaire de deux observations qu'un de ses élèves a publiées.

Un homme de trente-cinq ans, bien constitué, souffrait de la vessie depuis dix-huit mois. On diagnostiqua un catarrhe chronique, dont il fut impossible de reconnaître la cause, et qu'on crut seulement être lié à une suppression de la transpiration. Les adoucissans, employés pendant dix jours, n'ayant produit aucun effet, on établit à l'hypogastre un séton qui resta deux mois et demi en suppuration. Pendant tout ce temps, il y eut de grandes variations dans la marche du catarrhe, qui finit cependant par diminuer à tel point que l'état du sujet était satisfaisant lorsqu'il sortit de l'hôpital. Je ferai remarquer qu'il s'agissait là d'un cas fort simple, qu'on avait trop peu insisté sur les antiphlogistiques pour être fondé à les dire impuissans, et que, durant tout son séjour à l'hôpital, le malade ayant été, d'une part, soustrait aux intempéries de l'atmosphère, de l'autre, soumis sans discontinuer à un régime doux et régulier, circonstances qui ont dû nécessairement influer beaucoup sur lui, ce serait se montrer bien facile en fait de preuves que d'attribuer la guérison au seul séton.

Un homme de quarante-huit ans fut attaqué d'un catarrhe vésical, dont les variations de la température semblaient avoir été la seule cause occasionnelle. Les adoucissans ne lui ayant procuré aucun soulagement, il prit le parti d'entrer à l'hôpital. Un séton fut établi à l'hypogastre, après qu'on eut reconnu que la vessie ne contenait pas de pierre. Au bout de deux mois, le malade était guéri. A la vérité, on ne lui avait épargné ni les calmans ni les lavemens. Ce fait ne prouve pas plus que le précédent en faveur du séton. Dans un cas comme dans l'autre, on a écarté les causes probables de la maladie ; on a calmé les douleurs, on a entretenu l'urine abondante, on a régularisé toutes les fonctions ; certes ce sont là des influences puissantes, qui méritent

d'être prises en considération; peut-être eussent-elles seules amené la guérison; il suffit d'ailleurs qu'on soit autorisé à le conjecturer, pour qu'en bonne logique on ne doive pas mettre cette dernière sur le compte seulement du séton.

J'en pourrais dire autant des cautères. Dans un cas, par exemple, Dupuytren fit appliquer deux cautères à la région des lombes, et parce que le sujet fut soulagé quelque temps après, on attribua le résultat à l'exutoire. Mais le malade consommait chaque jour un demi-gros de térébenthine, avec deux grains d'extrait d'opium; tous les jours aussi on lui administrait des bains tièdes, et on lui faisait des injections dans la vessie : il prenait d'abondantes boissons; en un mot, il était soumis simultanément à plusieurs influences, à une seule desquelles pourtant, la moins énergique peut-être, on attribue le résultat, sans que le lecteur puisse voir là autre chose qu'un acte pur et simple de bon plaisir.

Injections vésicales. — J'ai cité un grand nombre de faits constatant les heureux résultats que j'ai obtenus des injections et des irrigations vésicales dans certains cas d'atonie et de paralysie de la vessie. Ce moyen n'est pas moins efficace contre le catarrhe chronique.

Le but spécial des injections dans la vessie est d'enlever les dépôts que l'urine a pu laisser dans le viscère, de modifier la sensibilité de sa face interne, pervertie par l'état phlegmasique, et de ranimer sa contractilité, devenue insuffisante pour que l'excrétion de l'urine s'exécute complètement et sans gêne. Il importe d'autant plus de rappeler ici ces indications que, pour les avoir perdues de vue, on a demandé aux injections plus qu'elles ne peuvent produire. (1)

(1) Une publication récente, destinée à faire connaître un dispensaire spécialement consacré au traitement des maladies de l'appareil urinaire, annonce que la méthode des injections a été *régularisée* dans cet établissement.

Au début, l'eau pure mérite la préférence pour ces sortes d'injections. On la fait tiédir quand la vessie possède un pouvoir expulsif suffisant, et qu'il s'agit seulement d'entraîner des dépôts muqueux ou puriformes. Ces cas sont les plus rares, à la vérité, et ceux dans lesquels l'utilité des injections est la moins évidente. On emploie de l'eau à une température plus ou moins basse lorsqu'il y a en même temps atonie et catarrhe de la vessie. Toutefois il est plus prudent de commencer avec l'eau tiède, et de descendre peu-à-peu jusqu'à la température de la glace, en se réglant d'après les effets qu'on obtient, comme je l'ai dit quand il a été question de l'atonie vésicale.

Une condition essentielle pour que les injections produisent tout le bien qu'on doit attendre d'elles, c'est que le passage par l'urètre de la sonde destinée à les faire, cause peu ou point de douleur ; on peut disposer de deux moyens pour obtenir ce résultat. Ils consistent, le premier, à diminuer la sensibilité du canal par l'emploi temporaire des bougies molles ; l'autre, à introduire la sonde avec beaucoup de lenteur, sans secousses, sans brusquerie, sans violence. Alors l'injection produit sur la vessie l'effet sur lequel on comptait, sans qu'on ait de réaction à craindre ; tandis que, si l'on néglige ces précautions, la douleur déterminée par le passage de la sonde, fait plus de mal que l'injection ne

La méthode des injections était connue, régularisée et publiquement employée long-temps avant la création du dispensaire : on peut voir à ce sujet mon ouvrage sur la lithotritie imprimé en 1826, et un mémoire sur le catarrhe vésical chez les vieillards, que j'ai présenté à l'Académie des sciences en 1829. Quoique la brochure dont je parle s'adresse plutôt aux malades qu'aux médecins, j'ai cru devoir relever une assertion qui tendrait à faire croire que jusqu'ici le catarrhe vésical était presque toujours au-dessus des ressources de l'art, *qu'on ne savait pas appliquer le remède sur le mal, qu'on n'avait pas su appliquer les principes de la médecine physiologique au traitement des maladies de la vessie.*

produit de bien, outre qu'elle suffit pour dégoûter les malades d'un moyen précieux, que rien ne peut remplacer.

Le procédé à suivre étant bien déterminé, il faut continuer les injections aussi long-temps qu'elles sont utiles, c'est-à-dire que l'urine contient des dépôts, et surtout que la vessie est paresseuse. Voici la marche que j'ai adoptée, et dont une longue expérience m'a démontré les avantages.

On introduit une sonde immédiatement après que le malade a uriné. Par là on reconnaît si l'évacuation de l'urine a été complète ou non, et dans le cas où elle ne l'aurait pas été, si la portion restante du liquide que la sonde évacue contient plus de dépôt qu'il n'y en avait dans celle dont la nature seule a déterminé l'émission. Or, il faut faire usage de la sonde aussi long-temps que la vessie ne se vide pas entièrement; il faut surtout insister sur les injections, répétées même plusieurs fois par jour, lorsque l'urine qui reste dans le viscère, après que le malade a uriné spontanément, contient un dépôt muqueux ou purulent. Ce sont là les deux indications principales, qu'on parvient aisément à saisir. Quant à la manière de procéder et aux modifications que chaque cas réclame, il n'y a pas davantage de difficultés. Toutefois j'entrerai dans quelques détails à ce sujet. On commence donc par introduire dans la vessie une sonde, soit flexible, soit métallique; la première mérite la préférence. Si on se sert des sondes à courbure fixe, on peut essayer de les introduire sans mandrin, en suivant le procédé que j'ai déjà fait connaître. Mais, comme on serait obligé de tâtonner si des difficultés se présentaient, il vaut mieux recourir aux sondes à mandrin. On a préalablement rempli d'eau tiède une seringue à tige graduée, et de la contenance d'environ trois cents grammes. Aussitôt que l'urine cesse de couler par la sonde, on adapte à celle-ci l'extrémité du canon de la seringue, et l'on pousse l'injection lentement, sans secousses, en ayant soin de s'arrêter aussitôt que le malade

accuse le besoin d'uriner ; cette précaution est d'autant plus nécessaire, au début surtout, qu'on ne connaît point encore la capacité de la vessie, et que, si elle était racornie, ratatinée, on pourrait, en poussant l'eau avec force, déterminer une vive douleur, suivie de réaction. Mais, en général, cet état de racornissement n'existe point ; il y a, au contraire, augmentation de la capacité du viscère, et l'on peut pousser l'injection entière sans que le malade manifeste la moindre sensation désagréable. Cela fait, on retire la seringue, on laisse écouler le liquide par la sonde, et l'on enlève celle-ci, toujours avec lenteur.

Généralement parlant, l'effet de la première injection n'est point appréciable ; seulement, par le fait du passage de la sonde dans l'urètre, le malade éprouve un peu de cuisson les premières fois qu'il urine après l'opération. Si les cuissons étaient vives, ou accompagnées de difficultés d'uriner, il pourrait devenir nécessaire de recourir à un bain de siège et surtout à un demi-lavement émollient. Très rarement on est obligé d'employer la sonde pour faciliter l'émission de l'urine ; ce cas n'a lieu que quand la vessie se trouve dans un état voisin de la paralysie et quand l'introduction de la sonde a déterminé une forte irritation de l'urètre et du col vésical, accidens qui ne sont point à craindre lorsqu'on se conforme aux précautions que j'ai indiquées.

On recommence le lendemain et les jours suivans : on continue une fois par jour, sans s'écarter des mêmes précautions, qui pourront sembler puériles à des théoriciens, mais dont le praticien ne tarde pas à apprécier l'utilité. Si le malade se sent fatigué, si l'urètre est très agacé, si le passage de l'urine et de la sonde est pénible, il faut laisser un et même deux jours d'intervalle entre les injections, et employer en même temps les moyens propres à calmer l'irritation, les bains, le repos, les boissons abondantes, et surtout les lavemens calmans. Je me borne à noter ces cas, qui

sont exceptionnels ; car, d'ordinaire, le malade ne ressent aucune fatigue des injections, et du troisième au huitième jour, il urine avec plus de facilité, le dépôt du liquide est moins abondant.

Une fois ce résultat obtenu, on commence à faire deux injections coup sur coup. Pendant que l'eau de la première s'écoule par la sonde, on recharge la seringue, et l'on injecte de nouveau. Lorsqu'on ne fait qu'une seule injection, le liquide qui sort est quelquefois laiteux ou chargé de mucosités; mais, quand on fait deux injections de suite, celui de la seconde sort limpide. Il est bon de laisser une certaine quantité de cette dernière dans la vessie, le tiers ou le quart de l'eau qu'on a introduite; si l'on craint de se tromper à cet égard, par manque d'habitude, il y a un moyen fort simple d'agir avec précision : en faisant la seconde injection, on ne pousse le piston que jusqu'aux deux tiers ou aux trois quarts, on laisse couler le liquide, et on introduit ce qui reste dans la seringue.

Si la vessie est frappée d'une atonie profonde, on peut faire de la sorte trois à cinq injections coup sur coup. C'est dans ce cas aussi qu'il convient d'employer de l'eau à une basse température ; on commence avec de l'eau tiède, bientôt on se sert d'eau à la température de la pièce qu'habite le malade, et plus tard on fait refroidir cette eau. Mais il faut passer graduellement d'une température à une autre, car bien qu'une réaction soit peu à craindre, elle pourrait cependant avoir lieu.

La manière dont sort le liquide injecté sert de guide, tant pour le nombre des injections à faire successivement, que pour le degré de réfrigération auquel l'eau doit être portée. A la première ou aux premières injections, le liquide tombe ; il n'est projeté, comme je l'ai dit dans un autre chapitre, que quand on appuie la main sur l'hypogastre, ou quand le malade exécute les mêmes efforts que s'il voulait aller à la

selle. Il faut s'arrêter, et sous le point de vue du nombre des injections, et sous celui de l'abaissement de la température du liquide, lorsqu'on voit que celui-ci est projeté par les seules contractions vésicales, c'est-à-dire sans qu'on presse sur le bas-ventre, ou sans que le sujet pousse. De plus, on doit bien étudier et suivre pas à pas le développement de cette contractilité vésicale provoquée par les injections. S'il est prompt et rapide, si ses effets persistent, on diminue les injections, on les suspend même, on emploie de l'eau moins froide; si les contractions sont faibles et lentes, si elles ne durent pas, on agit avec une énergie croissante par degrés.

A cet égard, il se présente une infinité de nuances, que le praticien attentif saisit avec facilité, et qui assurent le succès, tandis qu'en les négligeant on s'expose à des mécomptes, et même à une foule d'accidens, qui ne manquent pas ensuite d'être mis sur le compte de la méthode curative, bien qu'elle en soit fort innocente. J'ai vu beaucoup de cas dans lesquels les injections prescrites par moi n'ont pas produit l'effet que j'en devais attendre, par la seule raison qu'on n'avait point agi convenablement, soit qu'on eût procédé d'une manière trop brusque à l'introduction de la sonde, soit qu'on eût poussé l'eau avec trop de violence, soit même qu'on eût fait trop d'injections à-la-fois, ou qu'on les eût répété plusieurs fois par jour, défaut dans lequel tombent surtout les malades que l'introduction de la sonde n'impressionne pas d'une manière douloureuse et qui, se trouvant bien des premières injections, croient arriver plus vite au but en multipliant les opérations.

Voilà pour les injections simples. Faites comme je viens de le dire, elles causent très peu de douleurs, et bientôt même le malade s'y accoutume au point de n'en pas souffrir du tout. La sensation du froid dans la vessie n'a rien de pénible, elle est même agréable dans certains cas; mais la

plupart des malades n'éprouvent rien. Quant aux résultats, je ne saurais trop répéter qu'ils sont très satisfaisans. J'ai guéri de cette manière plusieurs centaines de catarrhes vésicaux, les uns simples et récens, qui disparaissaient en quelques jours, les autres anciens, compliqués, dénaturés par des traitemens empiriques, et de la guérison desquels on désespérait. A la vérité, dans ces derniers cas, le traitement a été plus long, il a fallu multiplier les injections, et les rendre plus actives en abaissant la température du liquide. Jamais je n'ai vu ni réaction, ni fièvre, ni inflammation, en un mot aucun trouble général. Bien entendu néanmoins que ceci s'applique uniquement aux malades chez lesquels avaient été observées toutes les précautions dont je viens de dérouler le long tableau ; car je n'ai été conduit à ces précautions que par l'étude de certains accidens dont je fus témoin au début de ma pratique, et qu'on retrouve encore dans celle des médecins qui croient pouvoir se dispenser d'agir avec ménagement et circonspection. Ces accidens consistaient en des irritations vives de l'urètre, qui rendaient le passage de la sonde presque insupportable, des inflammations aiguës de la vessie, des mouvemens fébriles, des engorgemens de testicule, etc. En se conduisant comme je le fais aujourd'hui, on évite tous ces facheux effets, qui compliquent et prolongent le traitement, en compromettent le succès, et suffisent quelquefois pour décourager le malade.

Toutefois, il ne faut pas demander aux injections simples plus qu'elles ne peuvent produire, ni leur attribuer des effets qui ne sauraient dépendre d'elles. On lit dans un journal anglais, qu'un praticien les employa avec succès dans un cas où il y avait, suivant lui, ulcération de la vessie ; l'urine du malade déposait une matière purulente et fétide, dans laquelle on remarquait des cristaux que l'eau chaude dissolvait. Cette dernière circonstance fut ce qui détermina le

médecin à recourir aux injections d'eau chaude, pour combattre l'état morbide de la vessie, qui avait résisté aux laxatifs, aux fondans, aux anodins : un litre d'eau tiède, introduite deux fois par jour, produisit un prompt soulagement, et la douleur cessa ; le dépôt diminua progressivement, et au bout de trois semaines, il avait disparu. D'abord, l'existence d'un ulcère à la vessie est au moins contestable en ce cas. Puis celle de cristaux dans les dépôts de l'urine n'est point une chose rare : j'en ai cité quelques exemples dans mon Traité de l'affection calculeuse, et nous en connaîtrions certainement un bien plus grand nombre, si l'on ne s'était pas toujours attaché aux cas de cristaux assez volumineux pour frapper la vue simple ; car, à l'aide de verres grossissans, on en découvre dans presque tous les dépôts d'urine catarrhale.

L'utilité des injections vésicales est de mieux en mieux sentie chaque jour ; mais il y a des distinctions d'une haute importance à établir, et dont on ne paraît pas tenir compte. Par exemple, les injections froides, dont j'ai obtenu de si brillans résultats, ne conviennent pas à tous les cas, ainsi que j'en ai fait maintes fois la remarque. Or, parce qu'on y avait eu recours dans des circonstances auxquelles elles ne s'appliquaient pas, et qu'ensuite on s'était bien trouvé des injections chaudes, on a prétendu que ces dernières méritaient la préférence. Plusieurs praticiens anglais, M. Guthrie, entre autres, les emploient aussi chaudes que les malades peuvent les supporter, et en augmentent la température à mesure que la sensibilité de la vessie paraît diminuer.

Assurément, la chaleur peut être un stimulant fort utile dans quelques cas d'inertie de la vessie ; mais on sait qu'en général l'excitation produite par elle ne se soutient pas ; pour obtenir une réaction durable, il faudrait recourir à une température que la prudence ne permet pas d'employer. C'est pour cette raison que j'ai donné la préfé-

rence aux injections froides ou aux liquides chargés de principes stimulans, qui produisent la réaction désirable, faire courir les mêmes chances au malade, et sans déterminer les douleurs que manquent rarement de causer les injections assez chaudes pour provoquer l'effet qu'on veut obtenir.

Il en est de même des injections composées. Les indications n'ont point été précisées avec assez de soin dans les divers essais qu'on en a fait, et c'est principalement cette cause qu'il faut accuser de ce que le résultat n'a point répondu à l'attente. Si quelquefois les liquides composés poussés dans la vessie ont été utiles, l'eau pure aurait tout aussi bien réussi; mais, après avoir trouvé ce qui est bien, on veut encore découvrir ce qui pourrait être mieux. D'ailleurs, pour beaucoup de personnes, faire autrement que les autres, c'est faire mieux qu'eux. Il est résulté de là qu'après avoir repoussé les injections, sous prétexte que la vessie ne pouvait pas les supporter, on a fini par vouloir guérir tous les catarrhes avec leur secours, et on les a rendues les unes sédatives, les autres irritantes, corrosives même.

Chopart prétendait déjà avoir obtenu de bons effets des injections avec l'extrait de Saturne étendu d'eau.

M. Bretonneau dit avoir injecté avec succès quarante-cinq grains de mercure doux en suspension dans de l'eau gommée, et ailleurs un grain de nitrate d'argent ou de sublimé corrosif dissous dans quatre onces d'eau distillée.

M. Lallemand a eu recours aussi à la solution de nitrate d'argent en injection, et M. Serre a également adopté ce moyen. Je crois devoir présenter ici l'extrait de quelques faits qui ont été publiés.

Un homme de trente ans, à la suite de plusieurs blennorrhagies, qui entraînèrent des rétrécissemens, éprouva des difficultés d'uriner et même des rétentions d'urine. On lui passa des sondes, que l'on remplaçait par d'autres quand les

premières étaient détériorées. Pendant ce traitement, que le malade suivit dans un hôpital de la Corse, il eut constamment la fièvre. Dix-huit mois après il vint en France, et entra à l'hôpital de Narbonne, où on lui passa encore des sondes, et où l'on fit aussi deux cautérisations par la méthode de Hunter. Plus tard, il fut admis à l'hôpital de Montpellier. M. Lallemand lui fit prendre quarante-huit bains, introduisit plusieurs sondes dans l'urètre, et pratiqua des cautérisations, trois sur les rétrécissemens, deux sur toute l'étendue du canal. Le malade quitta l'établissement, conservant une blennorrhée et rendant douze à quinze fois par heure des urines épaisses et fortement glaireuses. Il prit alors trois cents pilules balsamiques, sans être soulagé, et finit par rentrer à l'hôpital. Cette fois, M. Lallemand cautérisa la vessie et la prostate à deux reprises : douleurs vives en urinant, urine sanguinolente, fièvre, nulle amélioration. M. Serre, qui reprit le service, prescrivit l'eau de goudron, les pilules de térébenthine, les frictions de quinquina et de belladone ; il cautérisa de nouveau l'urètre et le col de la vessie, et appliqua un vésicatoire au périnée : tout fut inutile. Enfin, il se décida à injecter un grain de nitrate d'argent dissous dans quatre onces d'eau distillée ; il évacua l'urine, poussa l'injection, et la laissa en place cinq minutes ; le malade la rendit sans douleurs. Les quatre jours suivans, on renouvela l'injection, sans accidens, sans nulle incommodité ; au contraire, il s'ensuivit une amélioration progressive, et finalement la guérison.

Ce fait est incomplet. L'état de la vessie n'a point été constaté avec assez de précision ; on ne dit rien de la contractilité du viscère ; bien que les rétrécissemens et les blennorrhagies soient indiquées, comme causes, on traite le catarrhe comme une affection essentielle ; on ne formule pas nettement les indications, on passe d'une méthode à une autre, on a l'air de ne pas avoir su au juste ce que l'on voulait faire, et pourtant on attribue en toute confiance la guérison

à un moyen dont ici les effets contrasteraient avec ceux qu'il a produits dans beaucoup d'autres cas. Quoi qu'il en soit, le fait en lui-même a de l'importance; il prouve qu'en certaines occurrences le praticien peut tirer avantage d'un agent fort énergique, qui exerce une haute influence sur la sensibilité de la surface interne de la vessie. Le nitrate d'argent est, en effet, l'un des plus puissans modificateurs de cette sensibilité pervertie, et il n'entraîne pas les accidens qu'on serait porté à craindre de son emploi. Mais il faut l'administrer avec de grandes précautions, ne le mettre en usage que là où il est réellement indiqué, et n'y avoir recours que lorsque déjà les injections d'eau froide, pure ou rendue légèrement tonique, ont été infructueuses, quoique employées pendant long-temps. Quand je l'ai mis en usage, j'ai toujours commencé par un demi-grain seulement dans quatre onces d'eau distillée, et avant d'introduire la dissolution, j'ai constamment eu soin de faire une ou deux injections d'eau pure, afin d'entraîner les mucosités que la vessie pouvait contenir. Je laisse la liqueur dans la vessie jusqu'à ce que le malade éprouve le besoin de la rendre, ce qui n'a lieu parfois qu'au bout d'une heure ou deux; puis j'augmente progressivement la dose du sel par demi-grains, de deux en deux jours, jusqu'à ce que le malade ressente des cuissons, et que la contractilité de la vessie soit ranimée. J'ai observé que, sous son influence, la quantité du dépôt augmente d'abord; l'urine rendue plusieurs heures après l'injection, est plus épaisse, plus blanche, plus laiteuse; mais ensuite elle s'éclaircit. Ce sont surtout les premières injections qui donnent lieu à ce résultat, bien qu'on l'observe également lorsqu'on augmente la force du liquide. Dans certains cas, l'urine se maintient limpide pendant plusieurs jours; mais les dépôts reparaissent plus tard, lors même qu'on continue les injections. Du reste, je n'ai jamais vu celles-ci déterminer d'accidens durables, bien

qu'elles continssent chacune trois à quatre grains de nitrate d'argent sur quatre onces de liquide. A la vérité, je ne les ai employées que dans un petit nombre de cas.

Diverses circonstances doivent cependant rendre très circonspect dans l'emploi des injections de nitrate d'argent.

La première est l'existence présumée de cellules vésicales. J'ai dit combien on a de peine à diagnostiquer ces cellules ; mais enfin on parvient à acquérir, sinon l'entière certitude, du moins une très grande probabilité de leur existence. Il y aurait alors une précaution à prendre si l'on se décidait à faire des injections de nitrate d'argent ; ce serait de laisser la sonde en place, afin qu'elle pût servir à évacuer le liquide. La prudence exigerait même qu'on fît ensuite une ou deux injections d'eau pure. Sans cela, la liqueur saline pourrait faire un trop long séjour dans les poches anormales, et déterminer ainsi des accidens.

D'un autre côté, il arrive souvent que le catarrhe soit partiel, limité au col de la vessie et aux parties environnantes, sans occuper le bas-fond de l'organe. En pareil cas, l'effet des injections est nul ou à-peu-près, tandis qu'on peut obtenir des résultats satisfaisans de cautérisations faites par d'autres procédés, sur lesquels je reviendrai bientôt.

Pour bien apprécier la portée des injections caustiques, il faut n'y avoir recours qu'après avoir essayé en vain des remèdes plus doux, et suspendre tout autre traitement, interne ou externe, auquel les résultats pourraient être attribués. Cependant cette suspension des moyens accessoires ne doit s'étendre ni à la sonde, qu'il importe d'introduire une ou deux fois par jour pour vider la vessie, quand l'organe ne possède pas une force expulsive suffisante, ni aux injections d'eau tiède, qui sont nécessaires pour entraîner les dépôts, s'il s'en produit. Comme la vessie est déjà accoutumée à ces moyens, on est certain qu'ils n'influeront pas sur les effets des injections médicamenteuses.

L'impossibilité dans laquelle plusieurs malades de l'Hôtel-Dieu se trouvaient de supporter l'usage des résines par la voie de l'estomac détermina Dupuytren, il y a une douzaine d'années, à essayer les injections d'eau de goudron, obtenue en faisant infuser une livre de cette substance dans deux livres d'eau. On chauffait légèrement la liqueur avant de s'en servir, on l'injectait deux fois par jour dans la vessie, et on l'y laissait séjourner pendant un quart d'heure. Au bout d'un certain laps de temps, on a vu quelquefois le dépôt catarrhal de l'urine diminuer.

Vers la même époque, le docteur Souchier eut recours aux injections de baume de Copahu chez un vieillard de soixante-quatorze ans, atteint de catarrhe vésical, à la suite de rétentions d'urine et d'hématuries répétées. Il mêla deux onces de cette résine liquide avec autant d'eau d'orge, et après avoir nettoyé la vessie au moyen d'une injection simple, il y introduisit le mélange. A la troisième injection, on remarqua une amélioration notable; la quantité des mucosités avait diminué, et le malade commençait à uriner assez librement. Ici le catarrhe tenait à l'accumulation de l'urine et à une distension forcée de la vessie; les injections, de quelque nature qu'elles fussent, étaient parfaitement indiquées, car le cas était un de ceux dans lesquels elles réussissent le mieux. L'eau froide aurait vraisemblablement eu tout autant d'efficacité qu'un mélange d'eau et de baume de Copahu, et rien n'autorise à admettre, comme on l'a fait, que ce dernier ait exercé une action spécifique.

En 1831, Sanson reprit les expériences sur les injections d'eau de goudron; il y ajoutait quelques gouttes de laudanum de Rousseau, et quand les douleurs du col vésical étaient trop fortes, il parvenait à les diminuer en introduisant dans le rectum une boulette de charpie enduite d'une pommade d'acétate de morphine, préférée par lui à celle de belladone, dont se servait Dupuytren.

Plus tard, on a fait sur le même sujet, à l'hôpital du Gros-Caillou, d'autres expériences, dont le docteur Fabre a consigné les résultats dans sa thèse, en 1835. Chez un homme de vingt-sept ans, subitement pris de catarrhe vésical aigu pendant le traitement d'une urétrite simple par le baume de Copahu, on prescrivit d'abord les antiphlogistiques, qui apaisèrent la vive inflammation; mais celle-ci fut remplacée par un catarrhe, auquel on opposa la térébenthine et l'eau de goudron à l'intérieur. Ces moyens ayant été inutiles, on injecta dans la vessie deux onces de baume de Copahu, mêlé avec le double d'eau. Le liquide séjourna pendant vingt-cinq minutes. Le lendemain, il y eut diminution notable des mucosités. On répéta l'injection, qui fit disparaître totalement le dépôt muqueux. Aucun accident n'eut lieu. Dans ce cas, le baume de Copahu, pris à l'intérieur, paraît avoir déterminé la cystite aiguë, et c'est à son application directe sur la partie devenue malade par son influence qu'on attribua la disparition de cette cystite passée à l'état chronique. Chez un autre homme, âgé de soixante-et-dix ans, et qui depuis trois mois était atteint de catarrhe vésical, avec fréquens besoins d'uriner, souffrances continues, fièvre et amaigrissement, six injections suffirent pour procurer la guérison, qui n'avait pu être obtenue par d'autres moyens.

Ces faits, et autres analogues, n'ont point la portée qui leur a été attribuée. Ils sont incomplets, car on n'a pas tenu compte de l'état de la contractilité vésicale, qui est ici un point capital. On n'a vu que le dépôt muqueux de l'urine, et parce que ce dépôt a disparu, on a conclu que le baume de Copahu avait guéri le catarrhe. Si, au lieu d'injections résineuses, qui ont des inconvéniens et même des dangers, on s'était servi d'eau froide, le même résultat eût été obtenu, parce que l'eau pure aurait tout aussi bien détergé la vessie et ranimé l'action de sa tunique musculeuse.

Je viens de dire que les injections de baume de Copahu peuvent avoir des inconvéniens. En voici la preuve. Un homme de trente-cinq ans était depuis long-temps atteint d'un rétrécissement urétral et d'un catarrhe de vessie. On le délivra de la coarctation par les moyens connus, mais l'affection catarrhale persista. On injecta deux onces de baume de Copahu, qui déterminèrent de fortes douleurs, une inflammation, une hématurie et une fièvre ardente, accidens assez graves pour compromettre les jours du malade. Cette inflammation aiguë guérit le catarrhe chronique, au dire du rédacteur de l'observation ; mais elle ne le fit qu'en créant un grand danger. On ne parle pas de rétention d'urine, et cependant il dut y en avoir une, puisqu'il fallut mettre une sonde à demeure pendant trois jours, et personne n'ignore qu'à moins d'une nécessité absolue, on ne se décide pas à employer ce moyen dans la cystite aiguë.

On a pensé qu'on atténuerait l'action trop irritante du baume de Copahu en l'administrant à des doses plus faibles, celle, par exemple, de deux gros, graduellement portée à une ou deux onces. Mais, même avec ces précautions, il détermine encore des irritations vives du col vésical, des difficultés d'uriner, une grande sensibilité du périnée, des érections douloureuses. C'est ce qui ressort des faits publiés.

On a imaginé aussi d'unir le baume de Copahu à l'opium, à la belladone, à la jusquiame, avant de l'injecter dans la vessie. Mais il paraît que ces bizarres associations n'ont pas rempli l'attente de leurs inventeurs; car ceux-ci ont fini par où ils auraient dû commencer, c'est-à-dire, par constater l'état de la vessie et modifier la sensibilité du viscère à l'aide d'injections simples ou émollientes.

Dans la plupart des cas qu'on cite, il y avait rétrécissement organique ou coarctation spasmodique de l'urètre, névralgie du col vésical, atonie de la vessie. Sous l'influence des moyens mis en usage, ces états morbides ont dimi-

nué ou cessé, et l'affection catarrhale a disparu, soit par la seule soustraction de la cause, soit à la faveur d'une perturbation, qui peut résulter des injections balsamiques comme de les d'une toute autre nature. Rien ne justifie donc les praticiens qui ont prétendu que ces injections possédaient une vertu spécifique. Elles agissent comme tous les moyens perturbateurs, tantôt en bien, tantôt en mal, sans que jamais il soit possible de prévoir le résultat définitif.

Les injections de décoction de suie se rapprochent jusqu'à un certain point de celles dont je viens de parler, et surtout de celles d'eau de goudron. Le docteur Giboin les a employées dans six cas de catarrhes vésicaux anciens, qui avaient résisté à tout autre traitement, et il dit avoir réussi dans quatre. Son travail ayant été adressé à l'Académie de médecine, je fus chargé d'en rendre compte à ce corps savant, et je mis l'occasion à profit pour tenter quelques essais, dont je vais donner le précis.

Au lieu d'employer les injections d'eau de suie d'une manière exclusive, et dès le début de l'affection catarrhale, après que les accidens inflammatoires avaient été attaqués par les antiphlogistiques, je n'y ai eu recours que quand celles avec l'eau, tiède d'abord, puis froide, avaient échoué. C'était le plus sûr moyen de reconnaître si la décoction de suie a réellement plus d'action que l'eau simple, et si elle agit différemment. Le résultat n'a pas confirmé les assertions de M. Giboin. Quelquefois, néanmoins, et tout récemment encore, chez une femme attaquée de catarrhe vésical purulent, l'eau de suie a calmé les douleurs, qui avaient résisté à une forte décoction de pavot. Voici, du reste, ce que j'ai observé. Les premières injections semblent exaspérer le catarrhe ; le malade éprouve plus de douleurs pour uriner, les besoins se rapprochent davantage, et le dépôt de l'urine est plus copieux, effets que, d'ailleurs, produisent généralement les injections stimulantes, et surtout celles qu'on fait avec une

solution de nitrate d'argent ; mais, bientôt, les accidens s'apaisent, et le calme de la nuit s'établit, comme l'a vu M. Giboin. Là s'est bornée l'amélioration que j'ai obtenue, et qui ne s'est même pas soutenue. Chez la femme dont je viens de parler, il est survenu, au bout de quelques jours, une éruption de boutons aux parties génitales. Dans d'autres cas, je n'ai observé que l'exaspération du catarrhe à la suite des premières injections.

Dans la décoction de suie que j'ai employée, M. Fremi, qui a bien voulu l'examiner, a trouvé du chlorure de potassium, de l'acétate et du sulfate de potasse, du sulfate de chaux, des ulmates de potasse et d'ammoniaque, et une certaine quantité d'asboline.

Je n'ai pas cru devoir pousser plus loin mes essais sur un moyen dont la composition ne présente rien qui puisse faire espérer une action énergique de sa part. Dans les faits même qu'a présentés M. Giboin, les résultats obtenus peuvent très bien s'expliquer, indépendamment de la nature du liquide, par l'action de la sonde et de l'injection, dont l'effet a été d'aider la vessie à se débarrasser de son contenu, et de ranimer la contractilité du viscère.

Il pourrait d'ailleurs y avoir de l'inconvénient à trop se hâter d'introduire l'emploi de la suie dans la thérapeutique du catarrhe vésical. Ce produit, très complexe, est susceptible de présenter des différences considérables dans la proportion et même dans la nature de ses principes constituans. Mieux vaudrait sans doute recourir à tant d'autres substances plus connues et plus constantes, dont on a également vanté les bons effets. Mais les injections d'eau simple, à température variée, remplissent le double but d'entraîner les dépôts de l'urine et de ranimer la contractilité vésicale; elles ont, en outre, cet avantage, qu'on est maître d'en graduer l'action, qu'elles n'exposent point à provoquer les vives réactions que font naître la plupart des autres moyens empi-

riques, et qui peuvent entraîner du danger, ou du moins compliquer le traitement sans nécessité.

Les réflexions que j'ai présentées à l'occasion des injections balsamiques sont applicables à toutes les autres injections composées, alcalines, sulfureuses, etc., dont divers praticiens ont tenté d'accréditer l'usage. J'ai injecté l'extrait d'opium à hautes doses sans en obtenir aucun effet. Il en a été de même de l'extrait et de la teinture de belladone. Quelques auteurs, M. Devergie entre autres, assurent avoir vu, ces injections apaiser les douleurs du catarrhe; mais ont-ils eu le soin de défalquer l'influence exercée par les autres moyens qu'ils employaient concurremment?

En lisant la plupart des faits sur lesquels repose la renommée acquise par telle ou telle injection, une chose frappe surtout, c'est le défaut de critique. Nulle part on n'a procédé avec l'esprit d'analyse si nécessaire quand il s'agit de prononcer sur la valeur d'une méthode curative. Lorsque l'injection a échoué, on en accuse des circonstances sans portée; quand elle réussit, on met le succès sur le compte de particularités insignifiantes, oubliant ce qui peut dépendre de causes fortuites, ou de l'influence des autres médications simultanément mises en usage.

On s'est également abusé sur la portée de certaines modifications apportées à la manière de procéder. Il me suffira d'en citer un exemple. L'un de nos contemporains a conseillé d'employer de grosses sondes en étain, sous prétexte que le poids de ces instrumens en facilite l'introduction. Tous ceux qui ont l'habitude du cathétérisme trouveront ce conseil au moins singulier. Il semble même d'autant plus étrange qu'on néglige presque toujours le traitement préparatoire propre à diminuer la sensibilité de l'urètre; or, chacun sait que, quand le canal est très irritable, le cathétérisme cause beaucoup plus de douleur avec une grosse sonde qu'avec une sonde de calibre moyen.

On a prétendu qu'il fallait réitérer les injections vésicales deux ou trois fois par jour. Rien de fixe ne peut être prescrit à cet égard. On doit se régler d'après l'état de la vessie et l'époque du traitement. Au début, quand la vessie et l'urètre sont très irritables, une seule injection par jour, ou même tous les deux jours, suffit, si l'on veut éviter une réaction qui nuit toujours quand elle est vive. Mais chez les sujets déjà habitués au passage de la sonde, et surtout lorsque la vessie ne se vide pas complètement, il y a utilité de répéter l'injection plus souvent qu'on ne le dit; il faut surtout recourir au cathétérisme toutes les fois que le besoin d'uriner le commande.

Irrigations vésicales. — Il y a déjà fort long-temps que les médecins ont songé à faire passer un courant d'eau dans la vessie. L'espoir d'obtenir la dissolution des calculs donna naissance à cette idée, pour l'application de laquelle Hales proposa des sondes à double courant, dont l'invention a été attribuée à M. Cloquet, sans doute parce qu'il fut l'un des premiers chez nous à se servir de l'instrument anglais dans le traitement du catarrhe vésical.

En 1823, ce chirurgien a présenté à l'Académie de médecine un vieillard qu'il avait guéri d'un catarrhe de vessie par des irrigations avec de l'eau tiède, au moyen de la sonde à double courant. Le viscère recouvra l'entier exercice de ses fonctions, et dix-huit mois après le mal n'avait point récidivé. Plus de deux mille litres de liquide passèrent dans la vessie pendant le cours du traitement. M. Cloquet fit observer qu'il n'avait pas toujours obtenu un résultat si satisfaisant, mais que jamais au moins l'état des malades ne s'était aggravé. J'ai fréquemment eu recours aux irrigations, non avec l'eau tiède, mais avec l'eau froide, qui est beaucoup plus efficace pour ranimer la contractilité vésicale. C'est là, en effet, le but dans lequel on doit y recourir; car, s'il ne s'agissait que de laver l'intérieur du viscère, quelques injections à la suite

l'une de l'autre suffiraient pour entraîner tous les dépôts de l'urine. Je n'ai pas eu beaucoup à m'en louer ; cependant elles ont réussi dans quelques cas où les injections avaient échoué. Du reste, comme M. Cloquet, je n'en ai jamais vu résulter aucun accident.

Cautérisation de la vessie avec le nitrate d'argent à l'état solide. — Quelques praticiens n'ont pas craint de porter un cylindre de nitrate d'argent dans la vessie, et de le promener sur la surface interne du viscère. Je me borne à indiquer ce procédé, qu'on trouvera sans doute fort hasardeux, et qui d'ailleurs ne saurait atteindre le but qu'on se propose.

L'emploi du nitrate d'argent solide doit être limité aux cas dans lesquels l'affection catarrhale ne dépasse point le pourtour du col de la vessie. Là, en effet, on peut appliquer le caustique à la surface malade, sans intéresser beaucoup les autres points. Deux procédés sont en usage.

Le premier consiste à enfermer dans une cuvette la quantité de nitrate d'argent qu'on veut dépenser, en procédant ici comme on le fait lorsqu'il s'agit de cautériser l'urètre. Seulement le porte-caustique, droit ou courbe, doit avoir la longueur d'une sonde ordinaire; il doit également en avoir le volume, et je crois même préférable qu'il soit plus gros.

Dans le second procédé, on roule une bougie molle de moyenne grosseur sur du nitrate d'argent pulvérisé ; mais on n'enduit de ce sel qu'un pouce de l'étendue de la bougie, à douze ou quinze lignes de distance du bout qui doit pénétrer dans la vessie. On recouvre ensuite l'instrument d'une couche d'axonge, et on l'introduit rapidement, jusqu'à ce que la partie scarifiante soit en contact avec la région prostatique et l'orifice interne de l'urètre. Les quinze lignes de bougie qui ne portent point de caustique garantissent la face interne de la vessie, dans le cas où ce viscère ne contiendrait pas assez

d'urine pour que ses parois fussent écartées. A la première application, trente secondes de séjour de la bougie escharotique suffisent pour produire l'effet désiré. Si même le malade est fort irritable, il ne faut employer d'abord qu'une bougie peu chargée, qu'on aura préalablement soin de frotter avec un linge, afin de n'y laisser que la portion de poudre incorporée dans la cire. Parfois cependant, malgré toutes ces précautions, la cautérisation est assez forte pour déterminer une douleur vive, suivie d'une forte exaspération de la sensibilité, d'où résultent des difficultés d'uriner, de grandes cuissons pendant la sortie de quelques gouttes seulement de liquide, un écoulement de sang, et un ou plusieurs accès de fièvre. Ici il faut procéder comme dans les névralgies graves du col vésical ou les maladies des voies spermatiques, c'est-à-dire mettre un long intervalle entre les cautérisations : douze à quinze jours est le terme ordinaire. Avec le temps, les réactions deviennent moins à craindre, on agit avec plus d'énergie, et on prolonge le séjour de la bougie d'une ou deux minutes, surtout lorsqu'on emploie le même instrument, qui peut effectivement servir plusieurs fois de suite ; mais il faut avoir soin de le charger de nouveau quand on s'aperçoit que la cautérisation devient trop faible. Ici, comme dans tous les cas analogues, la conduite du praticien est réglée par les effets produits. Mais ce qu'il doit surveiller, ce sont les accidens qui pourraient résulter d'une cautérisation forte et prolongée. La règle générale est donc de ne faire que des applications transcurrentes, en petit nombre, et très éloignées les unes des autres.

Dans les cas où ce moyen était parfaitement indiqué, c'est-à-dire quand il existait une sorte de boursouflement de la membrane muqueuse du col vésical, avec sensibilité excessive et grande disposition à saigner, la phlegmasie étant d'ailleurs bornée à ce point, j'ai obtenu une amélioration progressive ; la sensibilité morbide du col a disparu, le pas-

sage de la sonde a cessé de faire couler du sang, les besoins d'uriner se sont éloignés, l'urine s'est éclaircie, et les injections froides, les irrigations, les révulsifs, qui jusqu'alors n'avaient produit aucun résultat, ont déterminé les bons effets qu'on devait attendre de leur part. Mais il en est des cautérisations du col vésical comme des autres moyens de traitement : on ne doit leur demander que ce qu'elles peuvent produire. Elles ont pour effet de modifier la sensibilité viciée de la partie, de réprimer les boursouflemens et les petites excroissances à l'orifice interne de l'urètre ; s'il y a en même temps atonie de la vessie, si la phlegmasie existant au col s'est propagée à l'intérieur du viscère, il faut recourir à d'autres moyens.

Quand la bougie escharotique passe avec peine, à cause d'une constriction trop énergique du canal, d'une courbure sous-pubienne trop prononcée, ou d'une tuméfaction de la prostate, on réussit quelquefois à écarter les difficultés en introduisant et laissant en place pendant quelques minutes une grosse bougie simple ; immédiatement après avoir retiré celle-ci, on introduit celle qui porte le caustique. Si ce moyen ne réussit pas, je me sers d'un porte-caustique métallique, droit ou courbe suivant la facilité que je trouve à l'introduire. Mais toujours je me borne à des cautérisations rapides et superficielles, et je n'y ai même recours qu'après avoir épuisé les moyens plus doux, après avoir préparé convenablement l'urètre à recevoir l'instrument. Je sais que ces précautions n'ont pas paru à tous les praticiens aussi utiles qu'elles me semblent l'être, qu'il en est qui portent le caustique d'emblée sur le col vésical, qui y ont recours à la moindre occasion, et qui voient pour ainsi dire en lui une sorte de panacée. Je sais aussi qu'en agissant de la sorte on a obtenu des succès. Mais j'ai vu des malades qui s'en étaient trouvés fort mal ; je ne saurais donc partager l'enthousiasme de ceux qui érigent la cautérisation de la vessie en méthode

générale de traitement du plus grand nombre des maladies dont cet organe peut être atteint.

Eaux minérales. — Un grand nombre d'eaux minérales ont été vantées pour le traitement du catarrhe vésical. On a surtout donné de grands éloges à celles de Cauterets, d'Aix-la-Chapelle, de Plombières, de Contrexeville, de Vichy, et, suivant l'usage, chacun cite des succès en faveur du remède de son choix. Les sources sulfureuses chaudes me paraissent mériter la préférence lorsqu'il s'agit de catarrhes anciens, opiniâtres. Celle de Contrexeville et ses analogues ont surtout pour effet de ranimer la contractilité vésicale, presque toujours affaiblie dans cette maladie, et sous ce rapport il est utile d'y avoir recours. Plusieurs de mes malades, affectés en même temps d'atonie et de catarrhe grave, auxquels j'avais conseillé les eaux de Contrexeville, de Vichy, de Carlsbad, pour compléter leur guérison, en ont obtenu de si bons effets qu'ils y sont retournés de leur propre mouvement. Il n'en serait pas de même si le catarrhe vésical dépendait d'un état névralgique du col de la vessie, avec tuméfaction de la prostate : on aurait alors à redouter des rétentions d'urine, parfois très graves, et d'autres accidens, ce dont je connais plus d'un exemple.

Il ne faut pas perdre de vue, dans l'appréciation de l'influence des eaux minérales, la quantité de liquide que boivent les malades, et qui détermine une sécrétion rénale plus abondante. L'urine, ainsi délayée, perd de sa couleur et de sa consistance, elle ne dépose plus de mucosités. Mais, en quittant les eaux, les malades cessent de boire autant, et ils voient reparaître le catarrhe dont ils se croyaient délivrés. C'est en grande partie d'après ces guérisons apparentes et momentanées que se sont établies tant de réputations que les résultats définitifs ne justifient point.

Pareira brava. — Quelques praticiens anglais, entre autres M. Coulson, vantent beaucoup l'infusion et la décoc-

tion de pareira brava, mais toujours associée à une foule d'autres agens appartenant aux diverses classes de la thérapeutique. On aurait grand tort de compter sur les effets de ce médicament empirique. Un fait rapporté par M. Coulson lui-même nous permet de le juger. Une femme de quarante-six ans, affectée d'inflammation de la membrane muqueuse vésicale, avec douleurs à la partie inférieure du ventre et besoins fréquens d'uriner, fut soumise à l'usage d'une décoction de pareira brava. Les symptômes diminuèrent d'abord; mais, au bout de six semaines, ils reparurent, plus intenses et plus graves. La malade s'affaiblit, elle fut prise de vomissemens, et mourut. On trouva la vessie ulcérée en plusieurs endroits, épaissie et contenant du pus entre ses tuniques; il y avait aussi des lésions rénales avancées.

Iode. — On a proposé l'usage des préparations d'iode dans le traitement du catarrhe vésical. J'ai eu occasion de voir quelques malades qui en avaient fait usage. L'un deux, presque sexagénaire, rendait depuis long-temps des urines chargées de mucosités, et de plus il était épuisé par un dévoiement opiniâtre, que l'iode, administré à l'intérieur, avait déterminé. J'eus beaucoup plus de peine à le guérir de la maladie qu'on lui avait donnée que de l'affection vésicale, qui céda aisément aux moyens dont j'ai coutume de faire usage. L'iode ne me paraît pas mériter plus de confiance que tant d'autres substances qui ont été conseillées par l'empirisme.

Accidens qui peuvent survenir pendant le traitement du catarrhe vésical. — Plusieurs accidens peuvent se manifester pendant le cours du traitement, sous son influence, et obliger à le suspendre, retarder la guérison, ou même y mettre obstacle.

L'un des moins graves, fort heureusement, car on l'observe souvent, est le gonflement inflammatoire des testicules et de leurs dépendances. On sait combien sont exposés aux or-

chites les hommes dans l'urètre desquels on introduit des sondes, des bougies, ou tout autre instrument. Lorsque la phlegmasie catarrhale siège au voisinage du col, et qu'elle s'étend à la partie prostatique de l'urètre, à l'orifice des canaux spermatiques, l'intumescence du testicule est encore plus à redouter : on la voit même survenir dans des cas simples.

Un homme éprouvait depuis quinze mois des difficultés d'uriner, produites par l'atonie de la vessie et l'irritabilité de l'urètre; il s'ensuivit un catarrhe vésical, qui résista à tous les adoucissans auxquels on eut recours. Il entra dans mon service à l'hôpital Necker. Quelques bougies et des injections d'eau froide suffirent pour procurer une guérison complète. Mais, pendant le traitement, il survint une orchite, qui se termina par suppuration. Plusieurs de celles que j'ai observées en pareil cas, se sont également terminées de cette manière, tandis que la résolution est le mode le plus ordinaire de terminaison de celles qui surviennent après la dilatation de l'urètre ou la lithotritie.

Un accident qu'il n'est pas rare d'observer pendant le traitement du catarrhe vésical, consiste en des accès de fièvre, ayant tous les caractères de ceux des fièvres intermittentes. J'ai déjà eu bien des occasions de faire remarquer que, dans le traitement de la plupart des lésions de l'appareil urinaire, les malades sont souvent pris tout-à-coup de frissons plus ou moins forts, plus ou moins prolongés, auxquels succède une chaleur proportionnée, qui se termine par des sueurs. Si cette dernière est abondante, et que le frisson ait peu duré, l'accès ne revient pas; dans le cas contraire, il se reproduit une ou plusieurs fois. Ce phénomène a lieu de même dans le catarrhe, soit que la phlegmasie ait été exaspérée d'une manière quelconque, soit que les moyens de traitement aient déterminé une perturbation trop considérable. Ces accès de fièvre, surtout quand ils se renouvellent,

fatiguent beaucoup le malade, et obligent de suspendre le traitement; mais, en général, ils cessent sans qu'on ait recours à des moyens spéciaux. Ce n'est que de loin en loin qu'on rencontre des cas dans lesquels une longue périodicité s'établit sans cause connue : il faut alors administrer les préparations de quinquina.

Il est une autre espèce de fièvre qu'on voit quelquefois survenir pendant le traitement du catarrhe, et qui a beaucoup plus de gravité, quoique le malade s'en inquiète peu, ou même n'y fasse aucune attention. Ici l'accès est beaucoup plus long, mais moins dessiné; souvent le frisson n'est pas appréciable, et parfois même il n'y en a point: la fièvre consiste seulement en une augmentation de la chaleur et de la fréquence du pouls, avec du malaise et un peu d'agitation pendant la nuit. Ce mouvement fébrile, dont on ne découvre pas la cause, doit, surtout quand il se prolonge, engager le praticien à se tenir sur ses gardes, car il annonce presque toujours une lésion organique ou une complication qui nous échappe. Ne connaissant pas la cause à laquelle il se rattache, on ne sait comment le combattre, mais il faut soigneusement soustraire le malade à tout ce qui pourrait occasioner une perturbation quelconque; il faut aussi suspendre le traitement dirigé contre le catarrhe, ou du moins en diminuer l'énergie.

Chez certains malades, il se manifeste, pendant le traitement du catarrhe, une exaspération des troubles fonctionnels de la vessie et des reins. L'urine est quelquefois très abondante, et les besoins de la rendre se font sentir à chaque instant. J'ai dit ailleurs que cette particularité avait souvent lieu sous l'influence d'une irritation légère du col vésical, et que le liquide rendu était en général très limpide. Dans certaines circonstances cependant, l'urine devient très rare, et les reins fonctionnent à peine. Ce dernier état est plus grave. Des faits précédemment exposés nous ont ap-

pris que souvent alors il existait une irritation excessive, soit de la vessie, soit de l'urètre, réagissant sur les reins. Quant à l'abondance insolite de l'urine, surtout pendant la nuit, elle n'exige rien, si ce n'est qu'on diminue un peu la quantité des boissons.

Eu égard aux difficultés d'uriner et à la rétention d'urine qui pourraient accidentellement se déclarer, ce sont des accidens faciles à reconnaître. Il faut d'autant plus se hâter de les écarter, qu'ils tourmentent beaucoup le malade, et que, si on les négligeait, ils pourraient entraîner des désordres considérables.

Parmi les accidens qui se manifestent pendant qu'on traite le catarrhe de la vessie, il en est un sur lequel je m'arrêterai un instant, parce que les malades s'en préoccupent fortement. Je veux parler de l'incontinence d'urine.

Il n'est pas rare que l'incontinence d'urine coïncide avec le catarrhe vésical. Nous avons vu qu'elle résulte souvent de l'atonie de la vessie et de l'accumulation de l'urine dans son réservoir, qui, ayant perdu la faculté de se contracter, reste dans un état habituel de surdistension, par suite duquel l'urine s'écoule involontairement d'une manière continue. Nous savons aussi que le catarrhe doit très souvent naissance aux mêmes dispositions. Par conséquent, lorsque les deux maladies existent ensemble, c'est la même cause qui produit l'une et l'autre. Le même traitement leur convient donc à toutes deux : il faut vider la vessie, et faire des injections, d'abord tièdes, puis froides. Ce que ces cas offrent de plus saillant, c'est d'exiger un long traitement et l'emploi des moyens les plus énergiques, car ils prouvent toujours qu'on a un état morbide déjà ancien à combattre.

On voit aussi quelquefois coïncider avec le catarrhe vésical l'espèce d'incontinence d'urine qui résulte de l'hypertrophie des parois de la vessie avec diminution de la capacité

du viscère et relâchement de son col. Il s'en est présenté plusieurs exemples dans ma pratique.

Ces cas sont plus graves encore que ceux de l'espèce précédente. Nous avons vu combien il est difficile de faire cesser alors l'incontinence d'urine, quand même le catarrhe n'existe point. Celui-ci constate un degré de plus et une complication. Les injections produisent peu d'effet. Parvint-on même à faire cesser l'affection catarrhale, la vessie reste racornie, et le malade est obligé d'uriner à chaque instant. Mais presque toujours le catarrhe résiste aussi à tous les moyens, et le malade ne peut obtenir quelque soulagement qu'en se sondant plusieurs fois par jour, en même temps qu'il continue l'usage des injections émollientes et légèrement détersives.

L'incontinence d'urine peut ne se manifester que pendant le traitement du catarrhe. Les malades s'en tourmentent alors d'autant plus qu'ils ne manquent presque jamais de l'attribuer aux moyens qu'on a employés. Il est plus difficile qu'on ne pense de les rassurer à cet égard. Quant aux indications à remplir, je n'en dirai rien ici, les ayant exposées fort au long dans un chapitre spécial.

Les divers moyens que je viens de passer en revue, tant dans cet article que dans les précédens, exigent plusieurs conditions pour produire les résultats qu'on espère obtenir de leur emploi. Il faut d'abord que les indications aient été saisies d'une manière bien précise, et qu'elles embrassent toutes les circonstances que présente chaque cas spécial. Or c'est là, comme je l'ai dit, une difficulté que les praticiens ne surmontent pas toujours. Beaucoup d'insuccès dans le traitement du catarrhe vésical ne reconnaissent pas d'autre cause. Ensuite, il est nécessaire que chaque méthode de traitement soit conduite avec discernement, soin et dextérité, sans quoi elle échoue.

Mais, en supposant même que ces conditions soient remplies, il y en a d'autres encore d'où dépend le succès. La première question qui se présente ici, est celle de l'opportunité. Pour que le traitement réussisse, il ne faut pas lui demander plus qu'il ne peut faire. Dans cette circonstance, comme dans beaucoup d'autres, les ressources de l'art deviennent insuffisantes lorsqu'on attend, pour les appliquer, que l'état morbide ait cessé d'être un simple trouble fonctionnel, et qu'il soit survenu des lésions organiques plus ou moins profondes. Alors, en effet, la maladie persiste, quand bien même on parviendrait à détruire la cause première des désordres. Ici se présente une difficulté devant laquelle vient souvent échouer toute la sagacité du praticien : c'est celle de savoir si, dans un cas grave de catarrhe rebelle, la vessie ou ses annexes sont atteintes d'une de ces altérations de texture contre lesquelles la thérapeutique ne peut rien, ou si seulement il s'agit d'une phlegmasie ancienne, étendue, profonde, sans dégénérescence notable des tissus, bien qu'on observe des produits en apparence semblables à ceux qui dépendent de cette dernière cause. Or, ce cas n'est pas rare; je l'ai observé un grand nombre de fois, et les auteurs, Dupuytren entre autres, l'ont également signalé à l'attention. Ce qui contribue surtout à le rendre embarrassant, c'est que les explorations les plus minutieuses sont souvent insuffisantes, et que les données qu'on pourrait obtenir en essayant divers moyens curatifs, sont rendues à-peu-près nulles par les effets de l'habitude. L'appareil muqueux de la vessie est tellement accoutumé à sécréter le liquide mucoso-purulent dont la présence dans l'urine constitue le catarrhe, suivant l'acception vulgaire du mot, qu'il faut un temps considérable pour en ramener les fonctions à leurs conditions normales, et qu'on peut se trouver par là entraîné à supposer une lésion organique là où il n'y en a réellement point.

Outre ces cas douteux, qui sont toujours une source d'em-

barras, il y en a d'autres dans lesquels les altérations de texture se dessinent assez nettement pour qu'on ne puisse pas les méconnaître, et où l'on constate, soit au col, soit au corps de la vessie, l'existence d'une lésion assez développée pour qu'il n'y ait pas espoir de la guérir. Le catarrhe qui est la conséquence de cette lésion, fera des progrès incessants, malgré tous les moyens qu'on emploiera contre lui. Il en sera de même si la phlegmasie vésicale se rattache à une altération profonde de l'utérus, du rectum, ou de tout autre organe : quoiqu'ici la cause exerce une action moins directe, elle suffit pour paralyser les efforts du praticien.

Ainsi, que le traitement n'ait pas été bien dirigé dès le principe, et qu'au lieu d'attaquer le mal, on se soit borné à masquer, dénaturer et compliquer la phlegmasie, qu'on ait fait une application inopportune des ressources de l'art, ou qu'il s'agisse d'une phlegmasie rebelle parce que la cause en est méconnue ou inattaquable, on rencontre trop souvent des cas dans lesquels le catarrhe vésical parvient à son plus haut degré de développement sans qu'il soit possible de lui opposer aucun moyen efficace. Le praticien est condamné au rôle de spectateur des angoisses presque continues et toujours croissantes du malade, sur lequel même les palliatifs n'ont plus de prise. Quelques cas de ce genre se sont offerts à moi, et je ne saurais dire combien j'ai été affligé de l'impuissance de l'art au milieu des scènes attristantes qui se passaient sous mes yeux. Je me rappelle, entre autres, celui d'un malheureux confrère, qui périt victime de ses préjugés, par suite desquels il laissa parvenir à son dernier terme un catarrhe vésical, dont il était affecté depuis long-temps ; il avait repoussé les secours de la médecine, dans la conviction qu'un catarrhe de vessie est une maladie toujours incurable, qu'on ne peut qu'aggraver en cherchant à la guérir, et s'était borné à l'usage des opiacés. Lorsque je le vis, au lieu d'urine, il rendait une matière mucoso-purulente, d'une fétidité

repoussante; l'écoulement de cette matière était accompagné d'inexprimables douleurs, se reproduisant trois ou quatre fois par heure; tout mouvement était impossible, le sommeil et l'appétit avaient disparu, la maigreur était extrême. Il n'y avait rien à tenter, et l'opium, même à hautes doses, ne produisait plus aucun effet. Les lavemens semblèrent calmer les douleurs pendant quelques jours, mais elles reparurent bientôt, plus vives qu'auparavant. Pendant un mois entier, jusqu'à l'inévitable catastrophe, j'eus sous les yeux, trois fois par semaine, le spectacle de ces horribles souffrances, auxquelles je ne pouvais apporter aucun soulagement.

Dans d'autres cas moins avancés, j'ai réussi à calmer les douleurs, et même parfois à prolonger l'existence. C'est des injections qu'alors j'ai retiré le plus d'avantage; mais elles exigent un redoublement de précaution, à cause de l'irritabilité excessive de l'urètre. J'ai remarqué que plusieurs de ces malades supportaient mieux la présence continuelle d'une petite sonde que les introductions répétées de l'instrument; j'en ai profité avec d'autant plus d'empressement que par là j'acquérais la facilité de multiplier les injections émollientes, qui diminuaient les difficultés d'uriner, les efforts et les cuissons. Si la sonde ne peut être supportée, on est réduit aux lavemens opiacés, dont l'effet ne dure pas long-temps.

C'est toujours avec peine que j'ai vu employer les moyens empiriques dans ces cas désespérés. Ils ne réussissent jamais, non plus que les révulsifs, dont le seul résultat est de tourmenter inutilement les malades.

FIN DU TROISIÈME ET DERNIER VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES.

